



HOCHSCHULE OSNABRÜCK

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät für Management, Kultur und Technik
Institut für Duale Studiengänge
Studiengang Pflege B.Sc. (dual)

BACHELORARBEIT

Pflegerische Organisationskonzepte in der ambulanten Pflege zur Prävention von vermeidbaren Infektionen am Beispiel von Menschen mit einer PEG-Anlage – Eine Fallanalyse

Erstgutachterin: Prof. Dr. phil. Rosa Mazzola
Zweitgutachterin: Urszula Hejna, M.Sc. Pflegewissenschaft

Eingereicht von: Frederik Boss
Matrikelnummer: 796971

Eingereicht am: 10.05.2021

Zusammenfassung

Hintergrund

In Deutschland gibt es 4,1 Millionen pflegebedürftige Menschen. Davon werden 24 Prozent von ambulanten Pflegeeinrichtungen versorgt. Ein Großteil der pflegebedürftigen Menschen leidet an chronischen Erkrankungen. Mehr als die Hälfte der über 65-Jährigen sind von einer chronischen Erkrankung betroffen. Eine Folge chronischer Erkrankungen kann eine PEG-Anlage sein. In der pflegerischen Praxis bestehen jedoch noch einige Probleme bezüglich der evidenzbasierten Pflege der PEG-Anlage. Es bedarf die Förderung von Evidence-based Nursing durch die Umsetzung von pflegerischen Organisationskonzepten, um Komplikationen, wie die Infektion der PEG-Eintrittsstelle, präventiv entgegenzuwirken.

Methodik/Zielsetzung

Die methodische Grundlage dieser Bachelorarbeit bildet das hermeneutische Fallverstehen. Im Rahmen eines Praxiseinsatzes in der ambulanten Pflege wurde ein Patient mit einer PEG-Anlage ausgewählt und analysiert. Das Ziel dieser Arbeit ist es durch die Anwendung pflegerischer Organisationskonzepte die Prävention von vermeidbaren Infektionen von einem Menschen mit einer PEG-Anlage in der ambulanten Pflege zu erreichen und diesen Vorgang darzustellen. Im Zuge dessen wurde eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt.

Ergebnisse

Die Bearbeitung dieser Thematik anhand des Fallbeispiels hat ergeben, dass die Durchführung einer Pflegevisite, welche primär auf die Qualitätssicherung- und Entwicklung abzielt, die Prävention von vermeidbaren Infektionen bei Menschen mit einer PEG-Anlage in der ambulanten Pflege erreichen kann. Dafür bedarf es die individuelle Planung, Durchführung und Nachbereitung der Pflegevisite. Das wichtigste Element der Pflegevisite stellt die gemeinsame Formulierung von Handlungsaufträgen der Teilnehmer*innen durch die evidenzbasierte pflegerische Entscheidungsfindung dar, um die Prävention von vermeidbaren Infektionen zu erreichen.

Schlussfolgerungen

Pflegerische Organisationskonzepte, wie die Pflegevisite, sollten in der ambulanten Pflege systematisch angewendet werden, um die Prävention von vermeidbaren Infektionen aber auch weiteren gesundheitlichen Problemen zu erreichen. Dies benötigt eine strukturierte Einführung der Pflegevisite in den ambulanten Pflegeeinrichtungen. Außerdem sollten akademisierte Pflegefachkräfte in Zukunft nachhaltig in die Pflegepraxis implementiert werden, da sie die Pflegequalität erhöhen und somit die Prävention und Gesundheitsförderung fördern.

Abstract

Background

There are 4.1 million people in need of care in Germany. 24 percent of these people are cared by outpatient care services. A large proportion of people in need of care suffer from chronic diseases. More than half of the over-65s are affected by a chronic disease. A PEG system can be one consequence of chronic diseases. However, there are still some problems regarding the evidence-based nursing of PEG systems in the nursing practice. There is a need to promote evidence-based nursing through the implementation of nursing organisational concepts in order to prevent complications such as infection of the PEG insertion site.

Methodology/Objectives

The methodological basis of this bachelor thesis is the hermeneutic case understanding. Within the framework of a practical assignment in an outpatient care facility, a patient with a PEG system was selected and analysed. The aim of this thesis is to achieve the prevention of avoidable infections of a person with a PEG system in outpatient care by applying nursing organisational concepts and to present this process. In the course of this, an extensive literature research was conducted.

Results

The analysis of this topic on the basis of the case study has shown that the implementation of a nursing round, which primarily aims at quality assurance and development, can achieve the prevention of avoidable infections from people with a PEG system in outpatient care. This requires individual planning, implementation and follow-up of the nursing rounds. The most important element of the nursing rounds is the joint formulation of interventions by the participants through evidence-based nursing decision-making in order to achieve the prevention of avoidable infections.

Conclusions

Nursing organisation concepts, such as nursing rounds, should be systematically applied in outpatient care in order to achieve the prevention of avoidable infections and other health problems. This requires a structured introduction of nursing rounds in outpatient care facilities. In addition, academic nursing staff should be sustainably implemented in nursing practice in the future, as they increase the quality of care and thus promote prevention and health promotion.

I. Inhaltsverzeichnis

II. Abkürzungsverzeichnis.....	VII
III. Abbildungsverzeichnis.....	VIII
1. Einleitung	1
1.1 Problemhintergrund.....	1
1.2 Zielsetzung und Fragestellung.....	3
1.3 Abgrenzung des Themas	3
1.4 Aufbau der Arbeit	3
2. Theoretischer Rahmen	4
2.1 Ambulante Pflege.....	4
2.2 Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)	10
2.3 Prävention	12
2.4 Pflegerische Organisationskonzepte.....	15
3. Methodisches Vorgehen	17
3.1 Das hermeneutische Fallverstehen.....	17
3.2 Literaturrecherche.....	18
4. Fallerhebung.....	19
4.1 Allgemeine Fallbeschreibung.....	20
4.2 Pflegerische Anamnese nach dem ABEDL-Strukturierungsmodell	20
4.3 Krankheitsverlaufsbeschreibung nach dem Trajekt-Modell.....	22
4.4 Beschreibung der Arbeitslinien nach dem Trajekt-Modell	24
4.5 Pflegeprobleme.....	26
4.5.1 Infektionsgefahr	26
4.5.2 Komplikationsgefahr	26
5. Fallanalyse	27
5.1 Analyse der ABEDL´s.....	27
5.1.1 Kommunizieren können	27
5.1.2 Essen, Trinken und sich bewegen können	28
5.1.3 Beziehungen sichern und gestalten können	28
5.1.4 Sich pflegen und kleiden können	29
5.2 Analyse der Krankheitsarbeit nach dem Trajekt-Modell.....	29
6. Transfer	31

6.1	Beschreibung der Pflegevisite	31
6.2	Begründung für die Auswahl der Pflegevisite	34
6.3	Falllösung	35
6.3.1	Vorbereitung der Pflegevisite	35
6.3.2	Patientenbesuch im Rahmen der Pflegevisite	36
6.3.3	Nachbereitung der Pflegevisite	41
7.	Fazit	42
8.	Ausblick	44
9.	Kritische Reflexion	44
IV.	Literaturverzeichnis	IX
V.	Rechtsquellenverzeichnis	XIII
VI.	Anhang	XIV

Eidesstattliche Erklärung

II. Abkürzungsverzeichnis

ABEDL	Aktivitäten, Beziehungen, existenzielle Erfahrungen des Lebens
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
RKI	Robert Koch-Institut

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2019 in %.....	1
Abbildung 2: Modul 4: Assessment der gefährdungspotenziale, Risikofaktoren und Prophylaxen.....	38
Abbildung 3: Modul 6: Pflegeplanung	41

1. Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit basiert auf einem Fall aus der Pflegepraxis. Dieser Fall wurde von dem Autor dieser Arbeit im Rahmen einer Praxisphase in einem ambulanten Pflegedienst pflegerisch begleitet. Der Name des Pflegeempfängers wurde anonymisiert und auch die restlichen Daten des Pflegeempfängers wurden datenschutzrechtlich behandelt. Es geht in dem Fall um einen 83-jährigen Menschen, welcher aufgrund eines operativ entfernten Larynxkarzinoms ein Tracheostoma und eine PEG-Anlage besitzt. Der ambulante Pflegedienst führt die pflegerische Versorgung des Tracheostoma und der PEG-Anlage anhand des Wechsels der Trachealkanüle am Morgen und am Abend und einem PEG-Verbandwechsel an jedem Montag und Freitag durch. Aufgrund dieser aufwändigen pflegerischen Versorgung wurde dieser Fall als komplex eingeordnet. Im Rahmen der Findung des Themas der Bachelorarbeit wurde eine kollegiale Fallberatung zwischen den Student*innen des Studiengangs Pflege B.Sc. (dual) der Hochschule Osnabrück am Campus Lingen durchgeführt. Dort wurde eine optimierbare pflegerische Versorgung der PEG-Anlage festgestellt. Der Autor dieser Arbeit hat diesen Aspekt als hoch relevant eingestuft, da das evidenzbasierte Handeln von Pflegekräften in Gesundheitseinrichtungen unabdingbar ist und für den Autor dieser Arbeit eine hohe Bedeutung besitzt.

1.1 Problemhintergrund

Gemäß der untenstehenden Abbildung verzeichnete das statistische Bundesamt im Jahr 2019 4,1 Millionen pflegebedürftige Menschen in der deutschen Bevölkerung. Diese Zahl ist in den letzten Jahren stetig gestiegen und auch eine Weiterführung des Trends ist aufgrund des demographischen Wandels in Deutschland wahrscheinlich (vgl. Abbildung 1).

Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2019
in %, insgesamt 4,1 Millionen

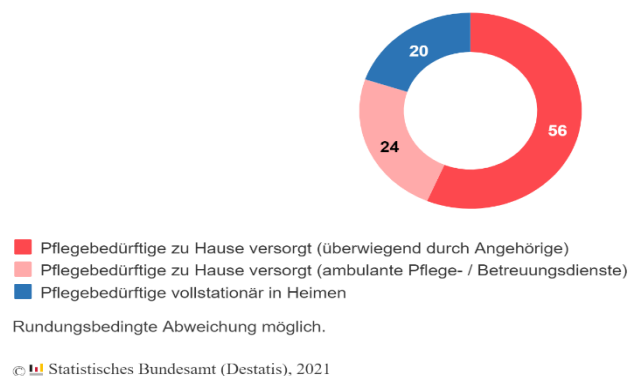


Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2019 in %
(Statistisches Bundesamt, 2021, o. S.)

Ein Blick auf die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen zeigt, dass rund 24 Prozent der Pflegebedürftigen von ambulanten Pflegeeinrichtungen und Betreuungsdiensten versorgt werden (vgl. Abbildung 1). Dies stellt somit die Versorgung von 982.604 Pflegebedürftigen dar (vgl. GBE, 2021, o.S.)

In der deutschen Bevölkerung waren im Jahre 2012 43 Prozent der Frauen und 38 Prozent der Männer mindestens von einer chronischen Krankheit betroffen (vgl. RKI, 2014, S.41). Der Großteil der pflegebedürftigen Menschen sind multimorbide und leiden an chronischen Erkrankungen. Diese Aussage beruht auf der Tatsache, dass die Inzidenz chronischer Erkrankungen mit erhöhtem Alter zunimmt, denn mehr als die Hälfte der Frauen und Männer über 65 Jahren geben an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden (vgl. RKI, 2014, S.41). Es wird von einer weiteren Steigerung der Inzidenz chronischer Erkrankungen ausgegangen (Schaeffer, 2009, S.7).

Chronische Krankheiten, wie Tumorerkrankungen können im Verlauf die Durchführung einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG-Anlage) aufgrund mangelnder oraler Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zur Folge haben. Die PEG-Anlage stellt seit der Durchführung der Fadendurchzugstechnik in den 1980er Jahren das Standardverfahren für die enterale Ernährung von Menschen aller Altersgruppen dar (vgl. Wirth, 2018, S. 239). Daten bezüglich der Inzidenz von PEG-Anlagen beziehen sich auf unterschiedliche Schätzungen. Diese besagen, dass rund 140.000 PEG-Anlagen jährlich in Deutschland gelegt werden. Ungefähr 65 Prozent entfallen auf ältere Menschen (vgl. Bartholomeyczik et al, 2009, S. 5). Die Durchführung einer PEG-Anlage weist eine sehr niedrige Komplikationsrate auf (vgl. Wirth, 2018, S.241). Dennoch können leichte Komplikationen, wie die Infektion der PEG-Eintrittsstelle, sowie schwere Komplikationen, wie das Buried-Bumper-Syndrom oder die Materialschädigung, die die Infektion der PEG-Eintrittsstelle wiederum zur Folge haben können, nach dem Eingriff oder im weiteren Verlauf der Behandlung auftreten (vgl. Eberlein et al, 2007, S. 38-42; Edmundowicz & Shapiro, 1996, S. 409-422; Riemann et al, 2015, S. 1075). Trotz der guten Standardisierung und Implementierung der PEG-Anlage bestehen bezüglich der pflegerischen Nachsorge einer PEG-Anlage noch einige Unklarheiten in der pflegerischen Praxis. Vor allem stellen die evidenzbasierte Pflege der Eintrittsstelle, die Auswahl der Materialien für die Sondenpflege und deren Kompatibilität mit dem Material der PEG-Anlage Probleme in der Praxis dar (vgl. Eberlein et al, 2007, S. 38)

Der stetige Anstieg der Pflegebedürftigkeit und der Inzidenz von chronischen Erkrankungen in Deutschland aufgrund des demographischen Wandels geht mit einer steigenden Anzahl von PEG-Anlagen einher. Demnach besteht für die Prävention von Komplikationen, wie die Infektion der PEG-Einstichsstelle, eine hohe Relevanz in der Pflege. Es bedarf die Umsetzung von pflegerischen Organisationskonzepten, um dieses Ziel zu erreichen.

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

In dieser Arbeit werden die pflegerischen Organisationskonzepte in der ambulanten Pflege thematisiert, um vermeidbare Infektionen bei Menschen mit einer PEG-Anlage präventiv entgegenzutreten. Somit beschäftigt diese Arbeit sich mit der Fragestellung: „Wie kann durch pflegerische Organisationskonzepte in der ambulanten Pflege die Prävention von vermeidbaren Infektionen am Beispiel von Menschen mit einer PEG-Anlage erreicht werden?“ Die Zielsetzung dieser Arbeit ist es, die Anwendung von pflegerischen Organisationskonzepten in der ambulanten Pflege hypothetisch an dem Fall von Herrn G. zu veranschaulichen, um die Prävention von vermeidbaren Infektionen zu erreichen.

1.3 Abgrenzung des Themas

Es geht in dieser Arbeit um die Prävention von vermeidbaren Infektionen bei Menschen mit einer PEG-Anlage in der ambulanten Pflege durch die Anwendung von pflegerischen Organisationskonzepten.

Demnach wird die Anwendung von pflegerischen Organisationskonzepten in der ambulanten Pflege und nicht in der stationären Pflege behandelt. Außerdem wird lediglich der Aspekt von potenziell auftretenden Komplikationen, die vermeidbare Infektionen zur Folge haben können, im Rahmen der Versorgung einer PEG-Anlage betrachtet. Die potenziellen Komplikationen werden zudem nicht global betrachtet, sondern eine Priorisierung bezüglich des ausgewählten Patienten findet statt. Die Arbeit beinhaltet zudem nicht den ethischen Entscheidungsprozess zur Neuanlage einer PEG. Darüber hinaus behandelt die Arbeit nicht den Aspekt der evidenzbasierten Zubereitung und Applikation von Sondennahrung und Flüssigkeit über die PEG-Anlage.

1.4 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit beginnt nach der bereits formulierten Einleitung einschließlich Problemhintergrund mit der Darlegung des theoretischen Rahmens. Dort werden relevante Begriffe beschrieben und erläutert, welche für das Verständnis der Bachelorarbeit von Bedeutung sind. Auf der Darlegung des theoretischen Rahmens folgt die Erläuterung des methodischen Vorgehens. Dieser besteht aus der hermeneutischen Fallanalyse und einer ausführlichen Literaturrecherche. Daraufhin erfolgt die Fallerhebung. Dieses Kapitel beginnt mit einer Fallbeschreibung des in der Praxis erlebten Falles. Danach wird der Fall anhand des ABEDL-Strukturierungsmodells und dem Trajekt-Konzeptes theoriebasiert dargestellt. Auf der Fallerhebung folgt die Fallanalyse. Dort wird Bezug auf die potenziellen Problematiken bezüglich der PEG-Anlage des Fallbeispiels genommen. Die Fallanalyse bildet die Grundlage

des theoretischen Transfers. Im theoretischen Transfer wird ein pflegerisches Organisationskonzept, welches in der ambulanten Pflege anwendbar ist, ausgewählt und anhand des Falles hypothetisch angewandt, um die Fragestellung dieser Arbeit zu beantworten. Anschließend wird ein persönliches Fazit der Arbeit seitens des Autors gezogen und ein Ausblick für die Pflegepraxis formuliert. Die Arbeit schließt mit einer kritischen Reflexion der eigenen Arbeitsweise ab.

2. Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel werden für das Verständnis der Bachelorarbeit relevante Aspekte beschrieben und erläutert.

2.1 Ambulante Pflege

Unter der ambulanten Pflege, oder auch häuslichen Pflege genannt, wird die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in ihrem häuslichen und familiären Umfeld verstanden (Amrhein & Bley, 2015, 662). Die Durchführung ambulanter Pflege durch ambulante Pflegeeinrichtungen ist durch den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung geprägt. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, jedoch nicht ausführbar ist, oder wenn eine Krankenhausbehandlung durch häusliche Krankenpflege verkürzt oder vermieden werden kann. Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege beinhaltet die individuelle erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Je Krankheitsfall haben Versicherte bis zu vier Wochen Anspruch auf häusliche Krankenpflege. Dieser Anspruch kann jedoch durch die Krankenkasse verlängert werden, wenn der Medizinische Dienst eine notwendige Weiterversorgung durch häusliche Krankenpflege festgestellt hat. Die häusliche Krankenpflege ist von einer/einem Hausarzt/Hausärztin zu verordnen (vgl. §37 SGB V). In der sozialen Pflegeversicherung haben Versicherte nach der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit einen Anspruch auf Geldleistungen oder ambulante Pflegesachleistungen. Der Umfang der Geldleistungen und Pflegesachleistungen ist von der Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden abhängig (vgl. Simon, 2017, S.285). Pflegesachleistungen umfassen pflegerische Maßnahmen in den Bereichen Mobilität, Selbstversorgung, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie die pflegerische Anleitung von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen.

Es zielt darauf ab Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu verringern oder zu beseitigen und die Zunahme der Pflegebedürftigkeit zu verhindern (vgl. §36 SGB XI). Anstelle von Pflegesachleistungen können Pflegebedürftige das Pflegegeld beantragen. Die Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegebedürftigen die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Unterstützung in der Haushaltsführung mit dem Pflegegeld autonom sicherstellen. Die Summe des Pflegegeldes beträgt je nach Pflegegrad 316 bis 901 Euro monatlich (vgl. §37 SGB XI). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eine Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistungen zu erhalten. Dies ist möglich, wenn die Pflegebedürftigen die Pflegesachleistungen nur teilweise in Anspruch nehmen (vgl. §38 SGB XI). Die Vergütung der ambulanten pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung erfolgt durch die gesetzliche Krankenversicherung, die soziale Pflegeversicherung, den öffentlichen Haushalten und der privaten Haushalte. Die wichtigsten Regelkreise der Vergütung der ambulanten Pflege sind zum einen die Vergütung der häuslichen Krankenpflege durch die gesetzliche Krankenversicherung nach §§37 und 38 SGB V und die Vergütung von Pflegesachleistungen der Langzeitpflege bei pflegebedürftigen Menschen durch die soziale Pflegeversicherung nach SGB XI (vgl. Simon, 2017, S. 298). Die Vergütung häuslicher Krankenpflege erfolgt auf Grundlage eines Gebührenkataloges, welcher zwischen Krankenkassen und Trägern der ambulanten Pflege vereinbart wird. Es gibt keine bundesweit einheitliche Vergütung, da die Vereinbarungen zumeist auf örtlicher Ebene oder auf Landesebene getroffen werden. Dennoch wurden durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen in §132a SGB V Rahmenempfehlungen zur Vergütungsstruktur der häuslichen Krankenpflege vereinbart. Demnach werden für Leistungen der Krankenhausvermeidungspflege Pauschalen je Einsatz und für Leistungen der Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung Gebühren für Einzelleistungen gezahlt. Die ambulanten Pflegeeinrichtungen erhalten die Vergütung der durchgeführten pflegerischen Tätigkeiten von der zuständigen Krankenkasse. Seit dem 1. Januar 2004 müssen Versicherte Zuzahlungen in Höhe von zehn Prozent der Kosten pro Kalendertag der Inanspruchnahme tätigen. Diese Art der Zuzahlung ist jedoch auf die ersten 28 Tage der Leistungsanspruchnahme pro Kalenderjahr begrenzt. Außerdem müssen Versicherte zehn Euro für jede Verordnung häuslicher Krankenpflege durch der/den Hausärztin/Hausarzt zahlen (vgl. Simon, 2017, S.298-300). Im Mittelpunkt der Finanzierung der ambulanten Pflege steht das Vergütungssystem der sozialen Pflegeversicherung. Es stellt die größte Einnahmequelle ambulanter Pflegeeinrichtungen dar. Die Grundlage der Vergütung ambulanter Pflegesachleistungen bildet eine Vergütungsvereinbarung zwischen den Pflegekassen und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Pflegesachleistungen können nach Zeitaufwand oder Leistungsinhalt vergütet werden. Leistungen, wie die hauswirtschaftliche Versorgung werden

mit Pauschalen vergütet. Die überwiegende Vergütungsform pflegerischer oder hauswirtschaftlicher Sachleistungen stellen die Leistungskomplexe dar. Leistungskomplexe beinhalten mehrere pflegerische Tätigkeiten, welche in einer typischen Pflegesituation entstehen, wie Leistungen der Grundpflege, Mobilität, Ernährung und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie Pauschalen für An- und Abfahrt. Der Preis für die einzelnen Leistungskomplexe wird in einem zweistufigen Verfahren ermittelt. Dort wird der durchschnittliche Arbeitsaufwand der einzelnen Leistungskomplexe mit einem einheitlichen Punktwert multipliziert. Somit entsteht der Preis der einzelnen Leistungskomplexe. Es gibt keine einheitlichen Preise für die Leistungskomplexe in Deutschland. Die ambulante Pflegeeinrichtung erhält nach durchgeführter Pflegesachleistung beim Pflegebedürftigen die vertraglich festgelegte Vergütung durch die Pflegekasse (vgl. Simon, 2017, S. 301, 302).

Die ambulante Pflege wird von ambulanten Pflegeeinrichtungen, welche auch ambulante Pflegedienste genannt werden, geleistet. Gemäß §71 SGB XI sind ambulante Pflegeeinrichtungen „selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen“ (§71, Abs.1 SGB XI). Im §132 des SGB V wird hingegen der Fokus auf die häusliche Krankenbehandlung gesetzt. Dort werden ambulante Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege gemäß §37 SGB V bezeichnet (vgl. § 132a SGB V). Ambulante Pflegeeinrichtungen benötigen für die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen. Dort werden Inhalt, Art und Umfang der Pflegeleistungen festgelegt. Nach Abschluss des Versorgungsvertrages mit den Pflegekassen sind die ambulanten Pflegeeinrichtungen zur Erfüllung des Vertrages verpflichtet. Demnach haben die ambulanten Pflegeeinrichtungen nur für die vereinbarten Leistungen einen Vergütungsanspruch gegenüber den Pflegekassen. Die Pflegekassen sind durch den Sicherstellungsauftrag nach § 69 SGB XI dazu verpflichtet mit ambulanten Pflegeeinrichtungen einen Versorgungsvertrag abzuschließen, wenn die ambulanten Pflegeeinrichtungen nach §§ 71 und 72 SGB XII die Voraussetzungen auf Abschluss eines Versorgungsauftrages erfüllen. Zu den Voraussetzungen gehören zum einen, dass die ambulante Pflegeeinrichtung von einer „verantwortlichen Pflegefachkraft geführt wird und zum anderen muss sie Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung übernehmen. Weitere Voraussetzungen für ambulante Pflegeeinrichtungen sind das Einführen und die Weiterentwicklung von einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement, der Nachweis der Fachweiterbildung der leitenden Pflegefachkraft und die ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten (vgl. Simon, 2017, S.296). In Deutschland gibt es derzeit 14.688 ambulante Pflegedienste (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020b, o.S.). Ein

Anstieg dieser Zahl ist seit Jahren zu beobachten. Die Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen werden in freigemeinnützige Träger, private Anbieter und kommunale beziehungsweise öffentliche Träger unterschieden. Private Anbieter haben den größten Anteil der Trägerschaft von ambulanten Pflegeeinrichtungen. Im Jahre 2013 gab es in Deutschland 8130 private ambulante Pflegeeinrichtungen. Darauf folgen die freigemeinnützigen Träger der ambulanten Pflege mit 4422 Einrichtungen im Jahre 2013. Die freigemeinnützigen Träger haben sich in sechs Spitzenverbänden zusammengeschlossen. Sie bestehen aus dem deutschen Caritasverband, die Arbeiterwohlfahrt, der deutsche paritätischer Wohlfahrtsverband, das diakonische Werk der EKD, das deutsche rote Kreuz und die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland sowie die Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts. Die kleinste Gruppe der Trägerschaften stellen die kommunalen beziehungsweise öffentlichen Träger mit 183 Einrichtungen im Jahre 2013 dar (vgl. Haubrock, 2018, S. 448, 449).

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie der Pflegesachleistungen und hauswirtschaftlichen Versorgung werden von einer Vielzahl von Berufsgruppen durchgeführt, welche in ambulanten Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind. Neben Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften werden auch Ergotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Dorfhelfer*innen, Heilerziehungspfleger*innen, Heilpädagogen und Heilpädagoginnen und Fachhauswirtschaftler*innen beschäftigt. Die Zahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege betrug im Jahr 2019 421.550 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020a, o.S.). In den letzten Jahren konnte ein stetiger Anstieg dieser Zahl verzeichnet werden. Deshalb wird die ambulante Pflege mittlerweile als „Wachstumsmarkt“ bezeichnet (vgl. Simon, 2017, S.291). Dennoch überwiegt die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten in der ambulanten Pflege. Im Jahre 2019 waren lediglich 117.124 Personen Vollzeit in der ambulanten Pflege beschäftigt. Dies ist ein Anteil von 27 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020a, o.S.). Die größte Berufsgruppe in der ambulanten Pflege sind die Pflegekräfte, welche in Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften unterschieden werden. Als Pflegefachkräfte werden Pflegekräfte bezeichnet, welche eine dreijährige Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Altenpfleger*in oder Hebamme sowie Entbindungshelfer absolviert haben. Unter den Pflegehilfskräften werden Pflegekräfte verstanden, die eine einjährige, anderthalbjährige oder zweijährige Pflegehilfeausbildung absolviert haben, sowie Hilfskräfte, die ohne Pflegeausbildung in der Pflege tätig sind (vgl. Simon, 2017, S. 292).

Eine Hauptaufgabe von Pflegekräften in der ambulanten Pflege aber auch in jeglichen Settings der pflegerischen Versorgung, welche mittlerweile zu einem Ethos der Pflegepraxis gewachsen ist, stellt das Evidence-based Nursing (EBN) dar. Evidence-based Nursing beinhaltet die alltägliche professionelle Pflege im Sinne der individuellen pflegerischen

Interessen der Pflegebedürftigen auf der Basis eines beständigen, nachgeprüften und verbesserten Wissens (vgl. Behrens & Langer, 2016, S. 25). Evidence-based Nursing wird folgendermaßen definiert: „Evidence-based Nursing ist die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen oder einzigartigem Pflegesystem und professionell Pflegenden“ (Behrens & Langer, 2016, S.25). Die Grundlage für das Evidence-based Nursing bildet die pflegerische Entscheidungsfindung. Sie besteht aus der internen Evidenz, der externen Evidenz, der Kontextbedingungen und der Sicht der Betroffenen. Die interne Evidenz beschreibt die Expertise der Pflegenden. Die externe Evidenz hingegen besteht aus der aktuellen, wissenschaftlichen Literatur. Durch die Anwendung der evidenzbasierten pflegerischen Entscheidungsfindung gelingt eine individuelle und evidenzbasierte pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen. Demnach sind die Pflegekräfte für eine professionelle Pflege nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen verantwortlich (vgl. Behrens & Langer, S. 27-29).

Ambulante Pflegeeinrichtungen haben im Jahr 2019 insgesamt 982.604 pflegebedürftige Menschen versorgt (vgl. GBE, 2021, o.S.). Der überwiegende Anteil der pflegebedürftigen Menschen sind an chronischen Erkrankungen erkrankt. Aufgrund von vielerlei Aspekten chronischer Erkrankungen, wie die Berücksichtigung multipler Bedingungsfaktoren, der unklaren Bestimmung des Zeitpunktes der Krankheitsentstehung und dem individuellen Verlauf ist es sehr schwierig eine einheitliche Definition für chronische Erkrankungen festzulegen (vgl. Curtin & Lubkin, 2002, S. 23-25). Dennoch haben Curtin und Lubkin im Jahre 2002 chronische Erkrankungen aus der pflegerischen Sicht folgendermaßen definiert: „Unter chronischer Krankheit versteht man das irreversible Vorhandensein beziehungsweise die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf unterstützende Pflege, Förderung der Selbstversorgungskompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des Patienten gefordert ist“ (Curtin & Lubkin, 2002, S.26). Typische chronische Erkrankungen sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, wie eine koronare Herzkrankheit, Diabetes Mellitus, Lungenerkrankungen, wie *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD), Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Störungen und Krebserkrankungen. Chronische Erkrankung beeinflussen zudem die Lebensqualität der Betroffenen, die Arbeitsfähigkeit und auch die Mortalität (vgl. Amrhein & Bley, 2015, S.766). In dieser Bachelorarbeit wird Bezug auf eine chronische Krebserkrankung genommen.

Um den Verlauf und die Bewältigung chronischer Erkrankungen besser nachvollziehen zu können, haben Corbin & Strauss das sogenannte Trajekt-Konzept entwickelt, welches in der Pflege vermehrt Anwendung findet. Das Trajekt-Konzept beschäftigt sich mit dem Fortgang

chronischer Erkrankungen und wird demnach auch als Krankheits-Verlaufskurvenkonzept bezeichnet. Es bezieht die Wahrnehmungen und die daraus resultierenden Reaktionen der Betroffenen mit ein (White & Lubkin, 2002, 97). In diesem Konzept wird die chronische Erkrankung als ein Prozess gesehen. Veränderungen des Gesundheitszustandes und physische Veränderungen stellen den Beginn chronischer Erkrankungen dar. Im Krankheitsverlauf setzen diese Veränderung sich fort und haben schließlich einen positiven oder negativen Ausgang. Außerdem werden im Trajekt-Konzept die typischen Symptome, die Stadien der Erkrankung und die Auswirkungen der Therapiemaßnahmen unter Berücksichtigung zeitlicher Besonderheiten betrachtet. Dies ermöglicht das Vorhersagen über den Ausgang von chronischen Erkrankungen (White & Lubkin, 2002, S.93, 94). Die Krankheitsverlaufskurve lässt sich in den Stadien Vortrajekt, Trajektbeginn, Krise, akute Phasen, (Re-) Stabilisierungsphase, stabile und instabile Phasen, Abwärtsentwicklung und Sterben unterteilen (vgl. Corbin, Hildenbrand & Schaeffer, 2009, S. 65, 66). Das Trajekt-Konzept wurde im weiteren Verlauf in einer Weiterentwicklung durch die Integration der Arbeitslinien erweitert. Corbin & Strauss identifizierten die Arbeitslinien Krankheitsarbeit, Biographiearbeit und Alltagsarbeit, welche für das Krankheitsmanagement unverzichtbar sind. Die Krankheitsarbeit beinhaltet Aspekte der aktiven Gestaltung der Krankheitsbewältigung, wie das regelmäßige Einnehmen verordneter Medikamente, die Wahrnehmung von Kontrolluntersuchungen oder das Einhalten von Ernährungsempfehlungen des Betroffenen. Die Art und der Umfang der Krankheitsarbeit werden durch die Krankheit, der Symptomatik und der jeweiligen Krankheitsphase bestimmt (vgl. Corbin & Strauss, 2010, S. 308). Die Biographiearbeit beinhaltet die Auseinandersetzung des Betroffenen mit der Selbstkonzeption in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Die Auswirkung der Krankheit auf die Identität des Betroffenen spielt eine große Rolle. Im Verlauf der chronischen Erkrankung können biographische Prozesse, wie die Wiederherstellung der Identität, der Neuentwurf des veränderten Körpers, die Bewältigung physischer Einschränkungen und das Akzeptieren des veränderten Körperbildes, eintreten (vgl. Corbin & Strauss, 2010, S. 309, 310). Die Alltagsarbeit bezieht sich auf die Bewältigung des Alltags, wie die Mithilfe im Haushalt, die Erziehung der eigenen Kinder, die Erhaltung des Arbeitsplatzes oder die Planungen und Ausführungen der Behandlungen (vgl. Corbin & Strauss, 2010, S. 310). Darüber hinaus ist das Ausbalancieren der Arbeitslinien mit dem Partner und der Familie von großer Bedeutung. Dies hat den Grund, dass viele chronisch erkrankte Menschen die Krankheit aufgrund krankheitsbezogener Einschränkungen nicht selbstständig bewältigen können (vgl. Corbin & Strauss, 2010, S. 309-310). Die Arbeit an der Verlaufskurve der Betroffenen wird durch Pflegende, dem Betroffenen selbst und durch Angehörige vorgenommen. Sie wird jedoch von vorhersehbaren und unvorhersehbaren Kontingenzen der Krankheit beeinflusst (vgl. White & Lubkin, 2002, S. 100)

2.2 Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)

Die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ist ein Verfahren zur Legung eines von außen durch die Bauchdecke gelegten, künstlichen Zuganges zum Magen. Die Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie liegt in dem ärztlichen Aufgabenbereich und wird mithilfe eines Endoskops durchgeführt. Sie dient der längerfristigen enteralen Ernährung bei Menschen, die eine ausreichende Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr durch die orale Nahrungsaufnahme nicht bewältigen können (vgl. Amrhein & Bley, 2015, S.510, 511; Riemann et al, 2015, S.1072-1076). Das Ziel der enteralen Ernährung durch eine PEG-Anlage ist somit die Gewährleistung einer adäquaten Energie- und Nährstoffzufuhr sowie der Erhalt und die Verbesserung des Ernährungszustandes (vgl. Wirth, 2018, S. 239).

Die PEG-Anlage mittels der Fadendurchzugstechnik hat sich nach ihrer erstmaligen Durchführung im Jahr 1980 als therapeutischer Eingriff bei Kindern mit einer Magenfistel zu dem Standardverfahren für die längerfristige enterale Ernährung von Menschen jeglicher Altersgruppe etabliert (vgl. Riemann et al, 2015, S.1072; Wirth, 2018, S. 239). Die Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie ist generell indiziert, wenn eine künstliche Ernährung über einen längeren Zeitraum als drei bis vier Wochen notwendig ist oder der Patient eine nasogastrale Sonde nicht akzeptiert (vgl. Wirth, 2018, S. 239). Gründe für die Notwendigkeit einer längeren künstlichen Ernährung sind neurologische Erkrankungen mit einhergehender Dysphagie, wie Apoplex, apallisches Syndrom, Schädel-Hirn-Trauma oder amyotropher Lateralsklerose, maligne Tumore im Bereich des Pharynx, Larynx, Ösophagus und der Mundhöhle, Kachexie, ausgeprägte Malnutrition, Inappetenz, Kurzdarmsyndrom oder zu erwartende Ösophagitis unter Radiatio. Weitere Indikationen für eine PEG-Anlage stellen außerdem Störungen der Nahrungsaufnahme aufgrund von Missbildungen in der Pädiatrie, körperliche und geistige Behinderung mit gestörter Nahrungsaufnahme und HIV dar (vgl. Hauser et al, 2004, S. 53; Riemann et al, 2015, S. 1072).

Die Kontraindikationen einer PEG-Anlage werden in absolute und relative Kontraindikationen eingeteilt. Zu den absoluten Kontraindikationen einer PEG-Anlage gehören eine Lebenserwartung von weniger als vier Wochen, schwere Gerinnungsstörungen (Thrombozytopenie), Peritonitis, Peritonealkarzinose, fehlende Diaphanoskopie, Ileus, akutes Abdomen, schwere Wundheilungsstörungen und ein fehlender endoskopischer Zugang. Weitere absolute Kontraindikationen sind akute Stoffwechselentgleisungen, Schockgeschehen, die Perforation des Gastrointestinaltraktes und Magenausgangsstenosen sowie Magenentleerungsstörungen. Unter den relativen Kontraindikationen zählen eine Aszites, Ulkusleiden, unruhige Patienten, welche sich durch den Zug an der Sonde verletzen könnten, wie zum Beispiel demenzerkrankte Menschen und ein geplanter Magenhochzug bei einem Ösophaguskarzinom (vgl. Hauser et al, 2004, S. 53; Riemann et al, 2015, S. 1072).

Die Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie bedarf neben der unabdingbaren Indikationsstellung außerdem eine Einwilligung des Patienten beziehungsweise des Betreuers mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff und eine Antibiotikaphylaxe 30 Minuten vor dem Eingriff. Die Antibiotikaphylaxe dient der Vorbeugung von lokalen Infektionen (vgl. Riemann et al, 2015, S. 1072, 1073). Die Komplikationsrate und die Mortalität bezüglich der PEG-Anlage ist sehr gering (vgl. Wirth, 2018, S.241). Komplikationen können akut nach dem Eingriff und im weiteren Verlauf eintreten. Die häufigste Komplikation der PEG-Anlage ist die lokale Infektion der PEG-Eintrittsstelle. Weitere leichte Komplikationen sind Sondenobstruktion, undichte Sonde, Zersplitterung der Sonde, Wundheilungsstörungen, die Verlegung der Sonde in den Dünndarm und die Materialschädigung durch toxische Substanzen. Zu den schweren Komplikationen gehören Nachblutungen, Fistelbildungen, Verletzungen angrenzender Organe, peristomale Leckage mit einer Peritonitis, Buried-Bumper-Syndrom, Tumorwachstum in das Stoma und der Tod (vgl. Eberlein et al, 2007, S. 38-42; Edmundowicz & Shapiro, 1996, S. 409-422; Riemann et al, 2015, S. 1075). Unter dem Buried-Bumper-Syndrom wird das Einwachsen der inneren Halteplatte in die Mukosa verstanden, welche durch einen chronischen Zug der PEG-Anlage verursacht wird (vgl. Fischer & Richter-Schrag, 2015, S. 963-969).

Die pflegerische Nachsorge einer PEG-Anlage besteht zunächst aus der postoperativen Pflege, welche aus der Vitalzeichenkontrolle und der Beobachtung des Wundgebietes auf Nachblutungen und Entzündungszeichen sowie der Beobachtung von Schmerzen besteht. Die Gabe von Sondenkost und Flüssigkeit mit langsamer Flussrate kann vier bis sechs Stunden nach dem Eingriff erfolgen. Es folgt ein geplanter Kostaufbau über mehrere Tage. In den ersten zehn Tagen sollte ein täglicher aseptischer Verbandwechsel durchgeführt werden. Nach initialer Wundheilung genügt ein aseptischer Verbandwechsel in Abständen von drei Tagen. Nach zwei bis vier Wochen ist durch die vollständige Abheilung und Granulation des Stomakanals ein aseptischer Verband nicht mehr erforderlich. Dies hat den Grund, dass von einer zu intensiven Wundversorgung mit täglicher Desinfektion der Eintrittsstelle abgeraten wird, da eine physiologische Keimflora nicht entstehen kann und somit Infektionen der Eintrittsstelle, Ekzeme und Mykosen in ihrer Entstehung begünstigt werden (vgl. Eberlein et al, 2007, S. 38-42; Huhn, 2019, S. 160; Riemann et al, 2015, S. 1075, 1076). Die Leitlinie zur künstlichen Ernährung im ambulanten Bereich der DGEM besagt ebenfalls, dass ein Verbandwechsel nach Abheilung der Wunde und reizlosen Wundverhältnissen zweimal in der Woche empfohlen wird. Jedoch kann im Ermessen des Arztes auf einen Verband verzichtet werden (vgl. Arends et al, 2013, S. 104). Außerdem sollte ein individuell geplantes Monitoring möglicher Komplikationen erfolgen, um die Komplikationsrate zu reduzieren (vgl. Bauer et al, 2013, S.22). Die PEG-Anlage sollte stetig mobilisiert werden, um ein Buried-Bumper-Syndrom

zu verhindern. Ein Buried-Bumper-Syndrom kann wiederum die Infektion der PEG-Eintrittsstelle fördern (vgl. Fischer & Richter-Schrag, 2015, S. 963-969). Außerdem ist zu beachten, dass die Eintrittsstelle vor der Applikation eines Verbandes trocken ist. Darüber hinaus sollte die Desinfektion im Rahmen eines Verbandwechsels mit einem alkoholischen Hautdesinfektionsmittel oder einem Schleimhautdesinfektionsmittel auf Polyhexanid-Basis, wie Lavasept oder Prontosan C erfolgen. Die Desinfektion mit dem Desinfektionsmittel Octenisept wirkt materialschädigend und kann einen frühzeitigen Sondenwechsel sowie Hautirritationen zur Folge haben (vgl. Arends et al, 2013, S. 104; Eberlein et al, 2007, S. 38-42; Huhn, 2019, S. 160; Riemann et al, 2015, S. 1075, 1076). Bezüglich der längerfristigen Wundversorgung durch Betroffene, pflegende Angehörige aber auch Pflegekräfte im stationären und ambulanten Setting entstehen häufig Fehler, wie die stetige Desinfektion der Eintrittsstelle und der daraus resultierten Verhinderung der Entstehung einer physiologischen Keimflora, das Verwenden von nicht geeigneten Desinfektionsmitteln, wie Octenisept und die fehlende Mobilisation der PEG-Anlage. Daraus resultieren Komplikationen, wie die Infektion der PEG-Eintrittsstelle, das Buried-Bumper-Syndrom sowie eine Schädigung des Materials der Sonde und die daraus entstehende Notwendigkeit eines frühzeitigen Sondenwechsels, welche zudem die Entstehung einer Infektion der PEG-Eintrittsstelle fördert (vgl. Eberlein et al, 2007, S. 38). Um die Prävention dieser Komplikationen in Zukunft zu erreichen, bedarf es Interventionen, die die evidenzbasierte pflegerische Versorgung fördert. Pflegerische Organisationskonzepte, wie Pflegevisiten und Fallbesprechungen, können in der Lage sein einen Beitrag zur Förderung der evidenzbasierten pflegerischen Versorgung zu leisten.

2.3 Prävention

Der Begriff Prävention beschreibt das Vorbeugen vorhersehbarer Probleme durch sogenannte Präventionsmaßnahmen. Präventionsmaßnahmen werden in der Gegenwart durchgeführt, um unerwünschte Problematiken in der Zukunft zu vermeiden oder die Wahrscheinlichkeit des Auftretens und das Ausmaß dieser Problematiken zu reduzieren. Im Gesundheitswesen besitzt die Prävention die Bedeutung der Vorbeugung von Krankheiten durch spezifische Interventionen bei der Bevölkerung. Dies geschieht durch die Verhinderung der Entstehung von Krankheiten und der Eindämmung ihrer Progredienz (vgl. Leppin, 2018, S. 47) Es folgt eine Definition der Krankheitsprävention:

„Krankheitsprävention versucht, durch strategische Interventionsmaßnahmen das Auftreten und Fortschreiten spezifischer Krankheiten oder unerwünschter physischer oder psychischer Zustände bei Individuen oder in Populationen zu verhindern oder zu verzögern.“ (Leppin, 2018, S.47).

Die Prävention bezieht sich auf die Beeinflussung von Bedingungs- und Risikofaktoren von Krankheiten, wie zum Beispiel Rauchen, ungesunde Ernährung oder Umweltverschmutzung. Aufgrund der Tatsache, dass diese Risikofaktoren multiple Wirkungen besitzen, zielt die Krankheitsprävention auf ganze Krankheitsspektren und nicht auf spezifische Erkrankungen ab. Darüber hinaus ist die Prävention nicht auf das einzelne Individuum gerichtet, sondern zielt auf die Breitenwirkung in der Bevölkerung ab. Die Präventionsmaßnahmen unterscheiden sich außerdem in ihrem Zeitpunkt, des Ziels und der Zielgruppe der Interventionen. Deshalb werden die Präventionsmaßnahmen in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilt (vgl. Leppin, 2018, S. 47, 48). Unter dem Begriff Primärprävention werden Interventionen verstanden, welche vor der Feststellung einer Erkrankung durchgeführt werden, um genau diese Erkrankungen in ihrer Entstehung entgegenzuwirken und sie somit zu verhindern. Die Primärprävention richtet sich an gesunde Menschen oder Menschen, die keine feststellbare Symptomatik spezifischer Erkrankungen vorweisen. Das Ziel der Primärprävention ist die Senkung der Inzidenz spezifischer Erkrankung in der Bevölkerung. Zu den Interventionen der Primärprävention gehören neben früher Aufklärung zur gesunden Ernährung und zum Nikotin- und Alkoholkonsum auch Impfungen zum Schutz vor spezifischen Erkrankungen. Die Abgrenzung zwischen der Primärprävention und der Gesundheitsförderung ist nicht einfach vorzunehmen. Deren Übergang ist meist fließend (vgl. Leppin, 2018, S. 48). Die Sekundärprävention umfasst die Krankheitsfrüherkennung und die Krankheitseindämmung, um die Prävalenz von Erkrankungen zu senken oder um die Krankheitsdauer zu verkürzen. Sie richtet sich an Menschen, die zumeist keine Krankheitssymptomatik aufweisen, wo jedoch der pathogenetische Prozess einer Erkrankung begonnen hat. Ein Beispiel für Maßnahmen der Sekundärpräventionen sind Massenscreenings, wie die Mammographie oder die Koloskopie. Durch diese Untersuchungen können Erkrankungen, wie Brustkrebs und Darmkrebs, früh erkannt werden und ihr Fortschreiten durch frühe therapeutische Maßnahmen verhindert oder verlangsamt werden. Darüber hinaus zählt zu der Sekundärprävention auch die Identifikation und Behandlung von Risikofaktoren durch Rauchentwöhnungsprogramme, welche das Ziel der Reduktion des Risikos von Krebserkrankungen und Herzerkrankungen haben oder auch die Durchführung von Interventionen bei verhaltensauffälligen Kleinkindern, um spätere psychische Erkrankungen und Problemverhalten zu verhindern (vgl. Leppin, 2018, S.48, 49). Die Tertiärprävention findet im Gegensatz zu der Primär- und Sekundärprävention erst bei einer manifesten Erkrankung Anwendung und richtet sich somit an Menschen mit chronischen Einschränkungen. Die Tertiärprävention zielt auf die Vermeidung von Folgeschäden, der Verhinderung von Rezidiven und die Linderung von Symptomen einer Erkrankung ab, um somit die Prävalenz einer Erkrankung in der Bevölkerung zu reduzieren. Zu den Interventionen der Tertiärprävention gehören rehabilitative Behandlungen von Krebs- und Herzerkrankungen und weiteren chronischen Erkrankungen. Die Vermeidung von

Folgeschäden beinhaltet demnach auch die Prävention von Komplikationen, die im Zuge von therapeutischen Maßnahmen, wie einer PEG-Anlage, auftreten können. Der Begriff der Tertiärprävention kann nicht eindeutig von der medizinisch-therapeutischen Behandlung und der Rehabilitation abgegrenzt werden. Die Einstufung der Intervention ist von der Frage der Perspektive und der Zielsetzung abhängig (vgl. Leppin, 2018, S. 49).

Ein wichtiger Aspekt der Arbeit stellt zudem die Infektionsprävention dar. Eine Infektion ist gemäß §2 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes „die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus“ (§2 Abs. 2 IfSG). Unter der Infektionsprävention wird somit die Verhütung von Erkrankungen verstanden, welche durch Krankheitserreger hervorgerufen werden (vgl. Schwarzkopf, 2018, S. 197). Zu den Krankheitserregern, welche Infektionen auslösen, gehören Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten und Prionen (vgl. Amrhein & Bley, 2015, S.298, 299). Sie gelangen durch verschiedene Übertragungswege, wie die Tröpfcheninfektion, Kontaktinfektion oder aerogene Infektion in Eintrittspforten des menschlichen Organismus. Dazu gehören neben den natürlichen Körperöffnungen des menschlichen Körpers auch Wunden, Gefäßzugänge oder Injektionen. Eine besondere Zuordnung wird dem Begriff der nosokomialen Infektion zugestanden. Die nosokomiale Infektion umfasst Infektionen, welche im Krankenhaus, im Pflegeheim oder im ambulanten Bereich durch pflegerische und ärztliche Maßnahmen erworben wurden und zuvor nicht bestanden. Bei der nosokomialen Infektion spielen endogene Faktoren, wie ein geschwächtes Immunsystem des Patienten und endogene Faktoren, wie mangelnde Hygiene des pflegerischen und ärztlichen Personals und vermindertes evidenzbasiertes Handeln eine Rolle (vgl. Amrhein & Bley, 2015, S. 300, 301). Die Infektionsprävention umfasst zum einen Maßnahmen der Basishygiene. Zu den Maßnahmen der Basishygiene gehören das regelmäßige Händewaschen, die Händedesinfektion, die Reinigung und Flächendesinfektion des Patientenumfeldes, die Sterilisation von gebrauchten Instrumenten, das Tragen von persönlicher Schutzkleidung bei gegebener Indikation, der sachgerechte Umgang und die Aufbereitung von Medizinprodukten sowie auch der Einsatz von Sicherheitskanülen und die sachgerechte Abfallentsorgung. Bei der spezifischen Infektion mit Krankheitserregern, wie MRSA, ESBL, VRE oder MRGN bedarf es eine professionelle Durchführung der Isolierung des Betroffenen seitens der Pflege. Zum anderen stellt die Vorbeugung von Wundinfektionen bezüglich der Infektionsprävention einen weiteren Aspekt dar. Dafür bedarf es seitens der Pflegekräfte eine professionelle und evidenzbasierte Durchführung der Wundversorgung (vgl. Amrhein & Bley, 2015, S.304-319). Bei der adäquaten Umsetzung der Vermeidung von Komplikationen im Sinne der Tertiärprävention und der Prävention von Wundinfektionen in Krankenhäusern, in Pflegeheimen aber auch in ambulanten Pflegeeinrichtungen durch evidenzbasierte

pflegerische Versorgung kann die regelmäßige Durchführung von pflegerischen Organisationskonzepten, wie Pflegevisiten oder Fallbesprechungen aufgrund ihrer qualitätssichernden und qualitätsfördernden Wirkung eine zentrale Rolle einnehmen.

2.4 Pflegerische Organisationskonzepte

Organisationskonzepte in der Pflege, oder auch Instrumente der Pflegeorganisation genannt, sind Konzepte, die die Durchführung des Pflegeprozesses der Pflegenden in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder in einer ambulanten Pflegeeinrichtung analysieren, bewerten und unterstützen. Pflegerische Organisationskonzepte variieren in ihrer priorisierten Zielsetzung.

Demnach ist es möglich pflegerische Organisationskonzepte in mehrere Kategorien zu unterteilen. Zum einen gibt es pflegerische Organisationskonzepte, die für die Gabe von Informationen beziehungsweise Informationsvermittlung zuständig sind. Dazu zählen die Übergabe und die Schulung. Die Übergabe wird als Gabe von Informationen eines Patienten durch die Pflegenden der aktuellen Schicht an die Pflegenden der nächsten Schicht bezeichnet (vgl. Blank & Zittlau, 2017, S. 10). Bei einer Schulung hingegen werden Wissen und Fertigkeiten in einer zielorientierten und strukturierten Form an Mitarbeiter, Patienten oder Angehörige vermittelt. Außerdem gibt es Mikroschulungen. Diese stellen kleine Lerneinheiten für ein oder zwei Personen über eine Pflgetätigkeit dar (vgl. Abt-Zegelin, 2012, S. 185). Zum anderen dienen pflegerische Organisationskonzepte, wie die Pflegevisite, hauptsächlich der Erhaltung und Förderung der Pflegequalität (vgl. Hellman & Röslein, 2012, S.8). Außerdem gibt es pflegerische Organisationskonzepte, die bei der Entscheidungsfindung bei einem akuten Problem unterstützen. Dazu gehört die Fallbesprechung. Die Fallbesprechung wird als Form der Fallarbeit verstanden, welche aus der Interpretation einer Situation oder eines Problems durch die interdisziplinären Leistungserbringer besteht (vgl. Schrems, 2015, S.79). Darüber hinaus existieren weitere pflegerische Organisationskonzepte, welche unterschiedliche Ansätze und Ziele verfolgen. Darunter gehören das Case Management, das Fehlermanagement und das Entlassungsmanagement. Das Case Management umfasst eine Verfahrensweise in Humandiensten in der die im Einzelfall nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen durch einer/einem zuständigen Case Manager/in effektiv und effizient initiiert, koordiniert und überprüft wird (vgl. DGCC, 2012, o.S.; Klie & Monzer, 2008, S. 92-105). Unter dem Fehlermanagement wird die Organisation von Entdeckung, Diagnose und Korrektur von Fehlern verstanden. Es besteht aus der Unterstützung der Mitarbeiter ihre Fehler zuzugeben, die anschließende Dokumentation und die Analyse und Initiierung von Interventionen zur Verbesserung der Fehler. Die Durchführung eines adäquaten Fehlermanagements bedarf jedoch eine Unternehmenskultur, welche das

aktive Umgehen mit Fehlern akzeptiert und fördert (vgl. Amrhein & Bley, 2015, S. 24, 248). Das Entlassungsmanagement nimmt die Entlassung beziehungsweise Verlegung eines Patienten oder Bewohners in den Fokus. Pflegerisches Entlassungsmanagement wird als „Prozess zur Unterstützung des Patienten bei der Bewältigung des Übergangs vom Krankenhaus in ein anders Versorgungssetting“ (Wingenfeld, 2011, S.9) definiert.

Grundsätzlich kann behauptet werden, dass sämtliche pflegerische Organisationskonzepte darauf abzielen die Qualität der Pflege zu sichern und zu fördern. Der Begriff Qualität stammt ursprünglich aus dem lateinischen Wort „qualitas“, welches Eigenschaft oder Beschaffenheit bedeutet (vgl. Brockhaus, 2021, o.S.). In der Literatur wird Qualität unterschiedlich definiert (vgl. Kußmaul, 2018, S.15). In der aktuellen Definition des Deutschen Instituts für Normierung wird Qualität als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ (DIN EN ISO 9000:2015, zitiert nach Kußmaul, 2018, S. 16) beschrieben. Auch die Beschreibung der Pflegequalität kann bisher nicht als einheitlich betrachtet werden. Zum einen wird sie als Grad der Übereinstimmung zwischen den anerkannten Zielen des Berufstandes Pflege und dem erreichten Erfolg in der Pflege definiert (vgl. Schiemann, 1990, o.S.). Zum anderen beinhaltet der Begriff Pflegequalität nach Avedis Donabedian „die Übereinstimmung zwischen der wirklich geleisteten Pflege und der zuvor formulierten Standards und Kriterien“ (Donabedian, 1966ff, zitiert nach Hellmann & Röslein, 2012, S.13). Die Pflegequalität wird durch unterschiedliche Faktoren, wie die individuelle Ausübung der Pflege durch die Pflegenden, den Umgebungsfaktoren, der Organisationsstruktur, gesetzliche Regelungen und dem Patienten beziehungsweise Bewohner, beeinflusst. Die Messung und Beurteilung der Pflegequalität wird nach den allgemein anerkannten Qualitätsdimensionen nach Donabedian durchgeführt, welche aus den Kategorien Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität bestehen. Die Strukturqualität bezieht sich auf die Personalausstattung- und Qualifikation, Infrastruktur, finanzielle Ressourcen und der Organisationskultur (vgl. Hildebrand, 2005, S. 30, zitiert nach Offermanns, 2011, S. 180). Die Prozessqualität beinhaltet den Inhalt der pflegerischen Behandlung (vgl. Hildebrand, 2008, S. 11, zitiert nach Offermanns, 2011, S. 180). Die Ergebnisqualität umfasst schließlich der Zuordnung einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, des Wohlbefindens oder der Sicherheit der Patienten durch die pflegerische Behandlung (vgl. Offermanns, 2011, S. 179). Die Sicherung und Förderung der Pflegequalität erfolgt in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung durch Instrumente der Qualitätssicherung. Dazu gehören Instrumente, wie Qualitätszirkelarbeit, interne und externe Audits, Total Quality Management, Kundenbefragungen und auch pflegerische Organisationskonzepte (vgl. Brauer, 2007, zitiert nach Kußmaul, 2018, S. 22).

3. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel erläutert der Autor das methodische Vorgehen der Bearbeitung der Bachelorarbeit. Zunächst wird das hermeneutische Fallverstehen hinsichtlich seiner Herkunft und Merkmale beschrieben. Darauf folgt eine ausführliche Darlegung der durchgeführten Literaturrecherche.

3.1 Das hermeneutische Fallverstehen

Die methodologische Grundlage der Bearbeitung der Bachelorarbeit bildet das hermeneutische Fallverstehen. Unter dem hermeneutischen Fallverstehen wird eine soziologische Interpretationsmethode verstanden, mit der Daten, wie ein Krankheitsverlauf oder Pflegephänomene analysiert werden (vgl. Peter, 2006, S.1). Der Begriff Hermeneutik leitet sich aus dem Griechischen „hermeneuein“ ab und bedeutet erklären, ersetzen, auslegen. Es wird Bezug auf den Götterboten Hermes genommen. Die Rolle von Hermes als mythologische Figur war es, die Botschaften der Götter den Menschen zu überbringen (vgl. Schrems, 2019, S.57)

Das übergeordnete Ziel der Hermeneutik ist es, „das Unverständliche verstehbar zu machen“. Der Hermeneutik liegt das Grundprinzip der Auslegung zu Grunde. Sie wird demnach auch als Kunst der Auslegung bezeichnet. Dort verfolgt sie das Ziel der sinnhaften Deutung von Pflegephänomenen oder Sachverhalten vor dem Hintergrund eines Kontextes. Individuelle Pflegephänomene der Menschen stehen im Mittelpunkt der Pflege. Sie werden im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit individuell erfahren (vgl. Schrems, 2019, S. 57). Ein Pflegephänomen wird als „Beschreibung eines pflegebezogenen Zustandes, einer Pflegediagnose“ definiert (Schrems, 2019, S.58). Pflegephänomene werden in eine psychische, physische und geistige Dimension unterteilt. Im Zuge der hermeneutischen Fallanalyse werden die vorhandenen Pflegephänomene wahrgenommen und fachlich bewertet. Die Wahrnehmung und sachliche Bewertung von Pflegephänomenen erfolgt zunächst auf dem Grundprinzip der Auslegung und bedarf ein Vorverständnis von professionell Pflegenden, welches aus Fachwissen, subjektiven Erleben, Erfahrungen und wissenschaftlichen Quellen besteht. Die Auslegung zielt auf das Verstehen ab. Das Verstehen besteht aus zwei Ebenen, das einfache und das höhere Verstehen. Das einfache Verstehen besteht aus den beobachteten und beschriebenen Merkmalen und Äußerungen. Das höhere Verstehen hingegen nimmt Bezug auf die Bedeutung des Phänomens für den Betroffenen. Demnach wird das höhere Verstehen auch als Verstehen eines latenten Sinns bezeichnet (vgl. Schrems, 2019, 58, 59).

Ein adäquates Verstehen bedarf immer eine Annäherung zwischen der verstehenden Person und dem zu verstehenden Sachverhalt. Der Abstand zwischen der verstehenden Person und dem zu verstehenden Sachverhalt wird als hermeneutische Differenz bezeichnet. Die Verringerung dieses Abstandes wird durch die Auslegung eines Pflegephänomens erreicht. Für das hermeneutische Fallverstehen sind außerdem die sogenannten drei hermeneutischen Zirkel von Bedeutung. Das Überwinden des Abstandes zwischen der verstehenden Person und des zu verstehenden Sachverhalts geschieht durch zwei hermeneutische Zirkel. Eine zentrale Rolle bezüglich der hermeneutischen Zirkel stellt das Vorverständnis der Pflegeperson, das systematisierte Pflegewissen und die Lebenswelt dar. In dem ersten hermeneutischen Zirkel werden anhand des Vorverständnisses der Pflegeperson und der Vertiefung und Anreicherung dieses Verständnisses die hermeneutische Differenz stetig verringert und eine Hypothese bezüglich des Falles aufgestellt. Durch das systematisierte Pflegewissen, wie zum Beispiel Assessmentinstrumente, Standards oder Richtlinien wird in dem zweiten hermeneutischen Zirkel die Hypothese des Falles geprüft und gegebenenfalls angepasst. Das Ergebnis dieses Vorgangs der zwei hermeneutischen Zirkel ist eine aufgestellte Pflegediagnose. In dem dritten hermeneutischen Zirkel wird das vorhandene Pflegephänomen vor dem Hintergrund der Lebenswelt der jeweiligen Person ausgelegt. Dadurch wird eine der Situation angemessene Bedeutungszuschreibung des Pflegephänomens erreicht. Das Ergebnis dieser Auslegung ist die Kenntnis der Bedeutung eines Pflegephänomens für die konkrete Person unter Abwägung anderer Sichtweisen (vgl. Schrems, 2019, S.59-64).

Somit kann durch die hermeneutische Fallanalyse eine Situation eines Menschen ganzheitlich und unter Berücksichtigung jeglicher Perspektiven analysiert werden und entsprechende Interventionen in Form von Therapie, Aufklärung oder Entscheidungsfindungen abgeleitet werden. Das hermeneutische Fallverstehen wird als theoretisches Konzept professionellen pflegerischen Handelns angesehen und stellt ein konkret anwendbares Deutungsverfahren in der professionellen Pflegepraxis und in der qualitativen Sozialforschung dar (vgl. Peter, 2006, S. 1).

3.2 Literaturrecherche

Für die Beantwortung der Fragestellung der Arbeit wurde eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. Der Autor nutzte für die Literaturrecherche die Fachdatenbanken *CINAHL*, *Cochranelibrary*, *CareLit*, *Scinos* und *Google Scholar* sowie die Fachzeitschriften *Pflege*, *Häusliche Pflege*, *Pflege aktuell*, *Pflegen ambulant*, *Pflegezeitschrift* und *Die Schwester/Der Pfleger* durch die elektronische Zeitschriftenbibliothek der Hochschule Osnabrück. Diese verschiedenen Fachdatenbanken wurden verwendet, um verschiedene Einblicke in die

Thematik zu erlangen. Kriterien bezüglich der Literaturrecherche waren die deutsche oder die englische Sprache.

Die Suchbegriffe, die verwendet wurden, waren *Pflegevisite, Fallbesprechung, Case Management, Schulung, Pflegeübergabe, Fehlermanagement, Entlassungsmanagement, Prävention, PEG, perkutane endoskopische Gastrostomie, ambulante Pflege, Pflege, nursing round, nursing visit, case review, case management, training course, care handover, error management, discharge management, prevention, peg, percutaneous endoscopic gastrostomy und outpatient care*. Diese Suchbegriffe wurden in verschiedenen Verbindungen miteinander verwendet.

Daraus resultierte die Sichtung zahlreicher Monographien, Sammelwerke, Zeitschriftenartikel und Studien. Diese beinhalteten die allgemeine Darstellung der pflegerischen Organisationskonzepte in verschiedenen Pflegesettings und in der sozialen Arbeit, die Priorisierung auf die Qualitätssicherung- und Entwicklung, der Unterstützung der Pflegebedürftigen sowie der Angehörigen und die Prävention von gesundheitlichen Risiken. Daraufhin erfolgte im Sinne der Falllösung die Priorisierung auf die Pflegevisite. Für die Beantwortung der Fragestellung wurden schließlich vier Monographien, ein Sammelwerk und fünf Zeitschriftenartikel verwendet. Einschlusskriterien für die Verwendung waren die Beschreibung der Pflegevisite in verschiedenen Funktionsbereichen der Pflege sowie die Darlegung von verschiedenen Formen der Pflegevisite.

Durch die Empfehlung der betreuenden Dozentin des Autors dieser Arbeit wurden außerdem die Leitlinien „Künstliche Ernährung im ambulanten Bereich“ und „Klinische Ernährung in der Geriatrie“ der DGEM in die Beantwortung der Fragestellung miteinbezogen. Darüber hinaus erfolgte die Miteinbeziehung der verwendeten Literatur bezüglich der evidenzbasierten PEG-Versorgung aus dem theoretischen Rahmen dieser Arbeit.

4. Fallerhebung

Im folgenden Kapitel wird der Fall des Herrn G. zunächst anhand einer allgemeinen Fallbeschreibung beschrieben. Darauf folgt die Erhebung des Falles durch die pflegerische Anamnese nach dem ABEDL-Strukturierungsmodell. Die Fallerhebung wird schließlich mit der Beschreibung des chronischen Krankheitsverlaufes und der Arbeitslinien nach dem Trajekt-Konzept von Corbin & Strauss abgeschlossen. Die Informationen über Herr G. hat der Autor dieser Arbeit über Gespräche mit dem Patienten, seiner Tochter sowie der Dokumentation des ambulanten Pflegedienstes erfasst (vgl. Boss, 2021, o.S.)

4.1 Allgemeine Fallbeschreibung

Der Name des Patienten, welcher für die Bearbeitung der Bachelorarbeit ausgewählt wurde, ist Herr G. Aufgrund datenschutzrechtlicher Gründe wurde der Name des Patienten anonymisiert. Herr G. ist 83 Jahre alt und wohnt allein in einer Erdgeschosswohnung in einer kleinen Stadt im Emsland. Herr G. leidet seit der Diagnose eines Plattenepithelkarzinoms im rechten Larynx, welches im Juni 2019 diagnostiziert wurde, unter den Folgen der Erkrankung. Die Resektion des Plattenepithelkarzinoms wurde im Oktober 2019 durchgeführt. Die Resektion benötigte die Durchführung einer Tracheotomie, wodurch ein Tracheostoma angelegt wurde. Zur Gewährleistung einer adäquaten Nahrungsaufnahme wurde außerdem eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG-Anlage) angelegt. Herr G. substituiert sich täglich selbstständig 500ml Sondennahrung (Fresubin 2kcal HPFibre), 1,5 Liter Wasser und seine Medikamente in gemörserter Form. Herr G. wird seit Oktober 2019 von einem ambulanten Pflegedienst versorgt. Zum einen führen die Pflegekräfte des ambulanten Pflegedienstes morgens und abends das Wechseln der Trachealkanüle des Tracheostoma durch. Zum anderen leisten sie montags und freitags die Durchführung eines PEG-Verbandwechsels. Darüber hinaus wechseln sie jeden dritten Tag das transdermale Pflaster Fentanyl 50 µg/h. Diese Tätigkeiten werden von dem Hausarzt des Herrn G. als Behandlungspflege im Rahmen des SGB V verordnet. Herr G. leidet außerdem an diversen Nebenerkrankungen. Diese bestehen aus *chronic obstructive pulmonary disease*, arterieller Hypertonie, Arrhythmien, koronare 2- Gefäßerkrankung, Hypothyreose, Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas (vgl. Boss, 2020, o.S.).

Seit dem Jahre 2018 ist Herr G. verwitwet. Zusammen mit seiner Ehefrau hat er zwei Kinder, eine Tochter und einen Sohn. Beide Kinder sind verheiratet und haben mittlerweile eigenständige Familien. Somit hat Herr G. momentan vier Enkelkinder und einen Urenkel. Darüber hinaus hat Herr G. drei Geschwister. Diese bestehen aus zwei jüngeren Schwestern und einem älteren Bruder. Sein Bruder ist jedoch bereits verstorben. Die Interaktion mit seiner Familie wird in der folgenden Fallerhebung näher erläutert. (vgl. Boss, 2020, o.S.)

4.2 Pflegerische Anamnese nach dem ABEDL-Strukturierungsmodell

In diesem Kapitel wird die pflegerische Anamnese nach dem ABEDL-Strukturierungsmodell durchgeführt und somit der Pflegebedarf des Herrn G. erfasst. Das ABEDL-Strukturierungsmodell beschreibt 13 ABEDL's und wird in drei Kategorien gegliedert. In der Kategorie „Aktivitäten des Lebens realisieren können“ befinden sich die ABEDL's kommunizieren können, sich bewegen können, vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können, sich pflegen können, sich kleiden können, ausscheiden können, essen und

trinken können, ruhen, schlafen und sich entspannen können, sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können, die eigene Sexualität leben können und für eine sichere/fördernde Umgebung sorgen können. Die ABEDL's werden mit den beiden eigenständigen Kategorien „Beziehungen sichern und gestalten können“ und „mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können“ vervollständigt (vgl. Amrhein & Bley 2015, S.75). Es werden lediglich die Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL) beschrieben, die im Falle des Herrn G. eingeschränkt sind oder im Zuge der Fragestellung dieser Arbeit von Bedeutung sind.

In dem Bereich kommunizieren können ist zunächst zu sagen, dass Herr G. sich seiner Umgebung bewusst ist, in der Lage ist diese wahrzunehmen und sie auch verstehen kann. Herr G. äußert keine Einschränkungen im Schreiben und in der auditiven Wahrnehmung. Darüber hinaus konnte keine Einschränkung in der Mimik erkannt werden. Die visuelle Wahrnehmung des Herrn G. ist aufgrund einer leichten Sehschwäche eingeschränkt. Deshalb besitzt er eine Brille, die er dauerhaft verwendet. Die nonverbale Kommunikation des Herrn G. ist im Gegensatz zu seiner verbalen Kommunikation nicht eingeschränkt. Herr G. ist aufgrund seines Tracheostoma in der verbalen Kommunikation stark eingeschränkt. Dies äußert sich in der erschwerten auditiven Wahrnehmung seiner Sprache durch seine Mitmenschen. Um diese Einschränkung zu kompensieren, besitzt er eine Sprechkanüle, welche auf das Tracheostoma konnektiert werden kann. Durch die Sprechkanüle ist er weitgehend in der Lage verbal zu kommunizieren, jedoch ist die auditive Wahrnehmung seiner Sprache erschwert (vgl. Boss, 2020, o.S.)

Herr G. ist in dem Bereich Essen und Trinken können aufgrund seines Tracheostoma stark eingeschränkt. Dadurch ist er kaum in der Lage orale Kost oder Flüssigkeit über den natürlichen Weg zu konsumieren. Lediglich weiche Kost kann er auf oralem Weg gelegentlich zu sich nehmen. Dies erhält er durch den Dienst „Essen auf Rädern“. Dort kann Herr G. seinen Bedürfnissen folgen. Um eine ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu gewährleisten, besitzt Herr G. eine PEG-Anlage. Darüber substituiert er sich selbstständig 500ml Sondenkost und 1,5 Liter Wasser täglich. Außerdem ist der Zahnstatus des Herrn G. intakt und ist in der Lage diesen aufrechtzuerhalten (vgl. Boss, 2020, o.S.)

Bezüglich dem Bereich Beziehungen sichern und gestalten können ist zu sagen, dass Herr G. grundsätzlich in der Lage ist Beziehungen mit seiner Familie, Freunden oder pflegerischen Personal sichern und gestalten zu können. Aufgrund der Corona-Pandemie ist dies jedoch erschwert und ist bei Herr G. eingeschränkt. Seit der Corona-Pandemie hat er mit seinen Freunden und seinen Geschwistern lediglich telefonischen Kontakt, welcher aufgrund seines Tracheostoma zusätzlich erschwert ist. Seine Tochter kommt zwar täglich in ihrer Mittagspause zu Besuch, um ihren Vater im Haushalt und seiner Krankheitsbewältigung zu

unterstützen, dennoch reduziert sie den Kontakt auf ein Minimum, um ihn zu schützen. Auch sein Sohn besucht seinen Vater nur noch ein bis zwei Mal die Woche. Seine älteste Enkelin besucht ihren Großvater nur noch einmal die Woche, um die Säuberung der Wohnung vorzunehmen. Zu seinen restlichen Enkelkindern hat Herr G. aufgrund der Corona-Pandemie kaum bis gar keinen Kontakt (vgl. Boss, 2020, o.S.)

In dem Bereich sich pflegen können ist Herr G. laut eigenen Aussagen selbstständig und hat dort somit keine Einschränkungen. Er führt die Teilkörper-, Ganzkörper- sowie die Hautpflege selbstständig am Morgen und am Abend durch und benötigt dort nach einigen Aussagen keine Unterstützung. Die selbstständige Durchführung der Pflege kann vom ambulanten Pflegedienst jedoch nicht beurteilt werden, da sie diese Leistung bei Herrn G. nicht durchführen und somit nicht vor Ort sind. Herr G. sieht jedoch bei jedem Besuch gepflegt aus und sein Hautstatus kann als intakt beschrieben werden (vgl. Boss, 2020, o.S.)

Nach eigenen Aussagen ist Herr G. auch in dem Bereich sich kleiden können selbstständig und benötigt keine Unterstützung. Die Art der Kleidung ist zweckgemäß und er führt das An- und Auskleiden in der richtigen Reihenfolge durch. Bezüglich der Auswahl der Kleidung ist Herr G. in der Lage seinen Bedürfnissen zu folgen. Darüber hinaus kann er Verschmutzungen erkennen und wechselt seine Kleidung bei Bedarf. Auch dieser Aspekt kann von dem ambulanten Pflegedienst schwierig beurteilt werden, da sie beim An- und Auskleiden des Herrn G. nicht vor Ort sind. Die Aussage des Folgens der Bedürfnisse bezüglich der Kleidung und dem Erkennen von Verschmutzungen kann aus der pflegerischen Perspektive jedoch bestätigt werden (vgl. Boss, 2020, o.S.)

Der Bereich sich bewegen können ist bei Herrn G. nicht eingeschränkt. Er ist in der Lage sich in seiner Wohnung ohne Hilfsmittel bewegen zu können. Auch das Treppensteigen ist ohne Hilfsmittel möglich. Darüber hinaus kann er ohne Hilfsmittel Strecken außerhalb der Wohnung zurücklegen. Dennoch mobilisiert er sich außerhalb seiner Wohnung zumeist mit seinem elektrischen Mobil. Es konnten keine Gleichgewichtsstörungen oder Bewegungseinschränkungen festgestellt werden. Auch seine Sensorik und Motorik wird als altersentsprechend eingeordnet (vgl. Boss, 2020, o.S.)

4.3 Krankheitsverlaufsbeschreibung nach dem Trajekt-Modell

Es folgt die Beschreibung des chronischen Krankheitsverlaufes der Tumorerkrankung von Herrn G anhand des Trajekt-Modells von Corbin & Strauss (vgl. White & Lubkin, 2002, S.93-97). Das Trajekt-Modell wurde bereits im theoretischen Rahmen dieser Arbeit beschrieben und erläutert, weshalb keine nähere Beschreibung in diesem Kapitel vorgenommen wird. Die Beschreibung wird chronologisch vorgenommen.

Der chronische Krankheitsverlauf des Herrn G. begann mit dem Vortrajekt. Herr G. klagte im August 2019 über vermehrte Schluckstörungen (Dysphagie), da seine Nahrung mehrfach in seinem Ösophagus festsaß und er dadurch Atemprobleme bekam. Aufgrund dieser Symptomatik waren Herr G. und seine Familie sehr besorgt um seine Gesundheit und suchten den Hausarzt auf. Dieser veranlasste aufgrund der vorliegenden Symptomatik mehrere Untersuchungen zur Diagnosestellung. Nach der Durchführung der Untersuchungen stand die Diagnose im September 2019 fest. Herr G. hat ein Larynxkarzinom. Diese Situation stellt den Trajektbeginn dar und beinhaltet zudem eine Krise, da die Diagnosestellung für Herrn G. und auch für seine Familie ein großer Schock war. Sie machten sich viele Gedanken über den weiteren Verlauf, die Therapie und über den möglichen Tod. Es folgte eine akute Phase im Oktober 2019. Dies hat den Grund, dass am 02.10.2019 das Larynxkarzinom operativ entnommen wurde. Im Zuge der Resektion des Larynxkarzinoms war die Durchführung einer Tracheotomie notwendig. Zur Gewährleistung einer ausreichenden Sauerstoffversorgung wurde aufgrund der Tracheotomie ein Tracheostoma angelegt. Außerdem wurde Herr G. aufgrund der Tracheotomie und des Tracheostoma eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG-Anlage) zur Gewährleistung einer adäquaten Nahrungsaufnahme angelegt. Herr G. wurde rund zwei Wochen nach der Operation stationär in einem Krankenhaus pflegerisch und ärztlich behandelt. Er litt in dieser Zeit unter starken Schmerzen. Außerdem mussten Herr G. und seine Familie zunächst lernen mit den körperlichen Veränderungen, die mit dem Tracheostoma und der PEG-Anlage einhergehen, umzugehen und diese zu akzeptieren. Es folgte eine Phase der Re-Stabilisierung. Seine Schmerzsituation wurde im Krankenhausaufenthalt medikamentös adäquat eingestellt. Zudem erfolgte eine professionelle postoperative Behandlung der PEG-Anlage und des Tracheostoma. Darüber hinaus wurde Herr G. in der selbstständigen Substitution von Sondennahrung, Wasser und seinen Medikamenten über die PEG-Anlage durch die Pflegekräfte geschult. Herr G. wurde Mitte Oktober 2019 nach der postoperativen pflegerischen und ärztlichen Behandlung vom Krankenhaus in seine häusliche Umgebung entlassen. Mit der Entlassung in seine häusliche Umgebung begann die Versorgung des ambulanten Pflegedienstes. Die Pflegekräfte des ambulanten Pflegedienstes führen seitdem das Wechseln der Trachealkanüle des Tracheostoma morgens und abends, die Durchführung des PEG-Verbandwechsel montags und freitags sowie das Wechseln des transdermalen Pflasters Fentanyl 50 µg an jedem dritten Tag im Rahmen des Schmerzmanagements durch. Auf der Re-Stabilisierungsphase folgt eine weitere akute Phase im Rahmen des Krankheitsverlaufes. Sie ist geprägt von der Nachbehandlung des Larynxkarzinoms durch eine kombinierte Radio-Chemotherapie. Herr G. wurde dafür von November 2019 bis Januar 2020 stationär aufgenommen. An den Wochenenden konnte Herr G. jedoch nach Hause verlegt werden. Dort wurde er wieder vom ambulanten Pflegedienst versorgt. Diese Zeit war für Herr G. nicht einfach, da der lange

stationäre Aufenthalt eine große Umstellung für ihn war und er lediglich an den Wochenenden in seine gewohnte Umgebung zurückkehren konnte. Außerdem konnten seine Angehörigen ihn nicht häufig besuchen, da die Einrichtung mehr als 50 Kilometer entfernt war. Die kombinierte Radio-Chemotherapie konnte Herr G. jedoch laut eigenen Aussagen ohne Nebenwirkungen, wie Übelkeit und Erbrechen, verkraften. Nach der Nachbehandlung des Larynxkarzinoms fand eine weitere stabile Phase vom Januar bis zum Februar 2020 statt. Herr G. wurde nach der stationären Behandlung zunächst eine Woche im Rahmen einer Kurzzeitpflege versorgt. Anschließend wurde er wieder in sein häusliches Umfeld entlassen und die pflegerische Versorgung fand wiederum vom ambulanten Pflegedienst statt. Im Februar 2020 hat sich sein Gesundheitszustand akut verschlechtert. Herr G. erkrankte an einer beidseitigen Pneumonie. Er wies eine typische Symptomatik einer Pneumonie auf, welche aus Fieber, Husten mit Auswurf und Dyspnoe besteht. Die Pneumonie wurde im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes behandelt. Herr G. wurde nach der Krankenhausbehandlung erneut im Rahmen einer dreiwöchigen Kurzzeitpflege pflegerisch versorgt. Anschließend wurde Herr G. erneut in sein häusliches Umfeld entlassen und der ambulante Pflegedienst nahm seine Arbeit wieder auf. Seitdem befindet sich Herr G. in einer stabilen Phase seiner Tumorerkrankung. Diese Phase ist geprägt von Kontrolluntersuchungen aufgrund seiner Tumorerkrankung, welche im Juni und Oktober 2020 durchgeführt wurden. Im Juni 2020 waren die Kontrolluntersuchungen ohne Befund. Im Oktober 2020 wurde lediglich ein kleiner Pleuraerguss in der Lunge festgestellt und durch eine Pleuradrainage behandelt. Herr G. wies zu dem Zeitpunkt keinerlei Symptome auf. Darüber hinaus wurde im November 2020 bei Herrn G. ein Harnleiterstein (Ureterolithiasis) diagnostiziert, welche sich durch Schmerzen bei der Miktion äußerte. Dies wurde mit einer Harnleiterschleife behandelt, die im Dezember 2020 bereits entfernt wurde. Der Krankheitsverlauf seiner Tumorerkrankung lässt sich trotz der beschriebenen Ereignisse in diesem Zeitraum als stabil darstellen (vgl. Boss, 2020, o.S.)

4.4 Beschreibung der Arbeitslinien nach dem Trajekt-Modell

Folgend werden die Arbeitslinien nach dem Trajekt-Modell von Corbin & Strauss im Fall von Herrn G. beschrieben.

Die Arbeit an der Krankheit wird von Herrn G. in vielen Aspekten autonom bewältigt. Dennoch benötigt er in einigen Aspekten Unterstützung durch seine Familie und dem ambulanten Pflegedienst. Seine autonome Krankheitsarbeit besteht aus der selbstständigen Substitution von Wasser, Sondennahrung (Fresubin 2kcal HPFibre) und seinen gemörserten Medikamenten über die PEG-Anlage. Nach eigenen Aussagen führt er dies ordnungsgemäß nach Arztanordnung durch und fühlt sich in dem Bereich sicher. Die Unterstützung in Sachen

Krankheitsarbeit durch den ambulanten Pflegedienst geschieht durch das Wechseln der Trachealkanüle morgens und abends, das Wechseln des transdermalen Pflasters Fentanyl 50 µg an jedem dritten Tag sowie der Durchführung eines PEG-Verbandwechsels montags und freitags. Der PEG-Verbandwechsel wird mit einer Desinfektion der PEG-Eintrittsstelle durch das Desinfektionsmittel Octenisept durchgeführt. Anschließend wird die PEG-Eintrittsstelle mit einem trockenen, unsterilen Verband versorgt. Die Wundverhältnisse der PEG-Eintrittsstelle waren bei jeder Versorgung reizlos. Die PEG-Anlage wird lediglich im Zuge des PEG-Verbandwechsels mobilisiert. Bezüglich der Wahrnehmung von Kontrolluntersuchungen wird Herr G. durch seinen Familienangehörigen regelmäßig unterstützt. Seine Tochter und sein Sohn koordinieren die Kontrolltermine sowie die Hausarzttermine. Außerdem wird er durch seine Kinder zu den Kontrolluntersuchungen begleitet. Die Hausarzttermine nimmt Herr G. selbstständig wahr. Darüber hinaus organisieren seine Tochter und sein Sohn die benötigten Materialien für den PEG-Verbandwechsel und dem Wechseln der Trachealkanüle sowie seine verordneten Medikamente. Die Materialien für den PEG-Verbandwechsel und dem Wechseln der Trachealkanüle erhalten sie von einem Sanitätshaus in der Nähe (vgl. Boss, 2020, o.S.)

In puncto Biographiearbeit ist zu erwähnen, dass Herr G. zu Beginn seiner Erkrankung Probleme hatte die PEG-Anlage und das Tracheostoma zu akzeptieren. Dies hat den Grund, dass es schwerwiegende Veränderungen des gesamten Körperbildes sind. Auch seine Familie hatte diesbezüglich zunächst Probleme. Herr G. hat sich für sein verändertes Aussehen geschämt und hatte demnach Angst soziale Kontakte zu knüpfen. Diese Problematik legte sich jedoch im Verlauf der Erkrankung. Nun akzeptiert er die Veränderungen seines Körperbildes und ist ein kontaktfreudiger, lebensfroher Mensch. Außerdem ist Herr G. ein Mensch, dem seine Autonomie sehr wichtig ist. Er möchte anderen Menschen nicht zu sehr zur Last fallen. Dennoch ist er in der Lage zu erkennen, welche Aspekte seiner Krankheitsbewältigung er autonom ausführen kann und in welchen Aspekten er Unterstützung benötigt. Diese Unterstützung nimmt Herr G. schließlich an. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass Herr G. eine gesunde Einstellung in Sachen Gesundheit und Krankheit besitzt. Er hat seine Erkrankung akzeptiert und unternimmt jede Anstrengung, um seine Erkrankung zu bewältigen und wieder gesund zu werden (vgl. Boss, 2020, o.S.)

Die Alltagsarbeit des Herrn G. besteht zunächst aus der selbstständigen Durchführung der Körperpflege, welche er nach eigenen Aussagen ohne Probleme durchführt. Zudem ist Herr G. im Bereich der Mobilität nicht eingeschränkt. Innerhalb seiner Wohnung mobilisiert sich Herr G. ohne Hilfsmittel und auch das Treppensteigen ist nicht eingeschränkt. Außerhalb der Wohnung kann Herr G. ohne Hilfsmittel kleine bis mittlere Strecken zurücklegen. Bei etwas längeren Strecken mobilisiert er sich mit seinem eigenen elektrischen Mobil. Dadurch kann er Aktivitäten, wie das Einkaufen, selbstständig bewältigen. In der Haushaltsarbeit wird Herr G.

durch seine Familie unterstützt. Trotz der Tatsache, dass Herr G. allein lebt, besucht ihn seine Tochter jeden Tag in ihrer Mittagspause und erledigt anliegende Aufgaben, wie das Wäsche waschen. Darüber hinaus führt seine älteste Enkelin einmal in der Woche die Säuberung der Wohnung durch und sein ältester Enkel unterstützt Herr G. in den Frühlings-, Sommer- und Herbstmonaten bei der Gartenarbeit (vgl. Boss, 2020, o.S.)

4.5 Pflegeprobleme

Durch die aufgeführte Fallerhebung nach dem ABEDL-Strukturierungsmodell und dem Trajekt-Modell wurden die folgenden Pflegeprobleme durch den Autor dieser Arbeit diagnostiziert. Der Fokus wurde im Zuge der Fragestellung auf die PEG-Anlage gesetzt.

4.5.1 Infektionsgefahr

Domäne 11: Sicherheit/Schutz

Klasse 1: Infektion

Definition: „Risiko des Eindringens und die Vermehrung pathogener Organismen, welche die Gesundheit beeinträchtigen können“ (Doenges et al, 2018, S.564).

Aus der Sicht des Autors dieser Arbeit kann aufgrund der Durchführung eines PEG-Verbandwechsels mittels regelmäßiger Desinfektion der PEG-Eintrittsstelle und ihrer Versorgung mit einem trockenen, unsterilen Verband die physiologische Keimflora nicht aufrechterhalten werden und die Gefahr einer Infektion der PEG-Einstichstelle wird gefördert.

4.5.2 Komplikationsgefahr

Aufgrund der Tatsache, dass die Mobilisation der PEG-Anlage lediglich zweimal in der Woche im Zuge des PEG-Verbandwechsels durchgeführt wird, besteht die Gefahr eines Buried-Bumper-Syndroms, das eine Infektion der PEG-Eintrittsstelle zudem nach sich ziehen könnte. Außerdem besteht die Gefahr eines frühzeitigen Sondenwechsels, da das Desinfektionsmittel Octenisept, welches im Rahmen des PEG-Verbandwechsels verwendet wird, materialschädigend wirkt. Zudem können Materialschäden der PEG-Anlage zu Hautirritationen führen. Diese Problematiken werden durch den Autor dieser Arbeit als Komplikationsgefahren zusammengefasst.

5. Fallanalyse

In diesem Kapitel werden einzelne Bereiche des ABEDL-Strukturierungsmodells sowie die Arbeitslinien nach Corbin & Strauss bezüglich einer Beeinflussung der pflegerischen Versorgung der PEG-Anlage analysiert, potenzielle Probleme anhand Literatur und eigener Interpretation bezüglich der PEG-Versorgung beschrieben und somit die diagnostizierten Pflegeprobleme belegt. Die Krankheitsverlaufsbeschreibung anhand des Trajekt-Modells diene lediglich der chronologischen Darlegung seiner chronischen Tumorerkrankung und wird deshalb nicht analysiert.

5.1 Analyse der ABEDL's

Es folgt die Analyse der ABEDL's, die im Falle des Herrn G. eingeschränkt sind oder eine potenzielle Beeinflussung der pflegerischen Versorgung der PEG-Anlage vorweisen.

5.1.1 Kommunizieren können

Herr G. ist aufgrund seines Tracheostoma in der verbalen Kommunikation stark eingeschränkt. Diese Einschränkung versucht er mit einer Sprechkanüle, welche auf die Trachealkanüle konnektiert werden kann, zu kompensieren. Dennoch ist die verbale Kommunikation stark eingeschränkt. Die Menschen, mit denen er kommunizieren möchte, äußern eine sehr erschwerte auditive Wahrnehmung seiner Sprache. Aufgrund dieser eingeschränkten verbalen Kommunikation ist die Informationsgabe seitens des Herrn G. eingeschränkt (vgl. Boss, 2020, o.S.). An Tagen, an denen der PEG-Verbandswechsel nicht vom ambulanten Pflegedienst durchgeführt wird, könnten Probleme, wie das Lösen des PEG-Verbandes, die Obstruktion der Sonde, die Rötung der PEG-Eintrittsstelle oder Schmerzen im Wundbereich, auftreten. Diese Probleme erkennt der ambulante Pflegedienst nicht, da sie die PEG-Anlage an diesen Tagen nicht begutachtet. Daher liegt es an Herrn G. dem ambulanten Pflegedienst über diese Probleme zu informieren. Durch die eingeschränkte verbale Kommunikation des Herrn G. könnte die Informationsgabe fehlerhaft sein und vom ambulanten Pflegedienst falsch interpretiert werden. Daraus könnten Komplikationen, wie die Infektion der PEG-Eintrittsstelle durch das Lösen des PEG-Verbandes, die mangelnde Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme durch die Obstruktion der PEG-Sonde sowie eine späte Erkennung und Behandlung einer Infektion der PEG-Einstichstelle durch anhaltende Schmerzen im Wundbereich auftreten (vgl. Eberlein et al, 2007, S. 38-42; Riemann et al, 2015, S. 1075, 1076; Huhn, 2019, S. 160).

Darüber hinaus kann durch eine anhaltende falsche Interpretation seiner verbalen Kommunikation seitens seiner Familie oder dem ambulanten Pflegedienst eine Resignation

des Herrn G. stattfinden. Es könnte sein, dass Herr G. die Motivation verliert weiterhin verbal zu kommunizieren. Daraus resultiert schließlich eine nicht vorhandene Informationsweitergabe, wodurch die oben genannten potenziellen Probleme in ihrem Auftreten gefördert werden.

5.1.2 Essen, Trinken und sich bewegen können

Aufgrund von Parallelen der potenziellen Probleme in den ABEDL's Essen und Trinken können und sich bewegen können werden diese Bereiche gemeinsam analysiert. Herr G. ist durch sein Tracheostoma in der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme stark eingeschränkt. Er kann keine Flüssigkeit und nur gelegentlich weiche Kost oral zu sich nehmen. Um eine ausreichende Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme zu gewährleisten, substituiert Herr G. sich täglich autonom 500ml Sondennahrung und 1,5 Liter Wasser über die PEG-Anlage. Nach eigenen Angaben fühlt er sich in diesem Bereich sicher. Außerdem ist Herr G. nicht in der Mobilität eingeschränkt. Auch seine Sensorik und Motorik kann als altersentsprechend interpretiert werden (vgl. Boss, 2020, o.S.). Dennoch ist im Verlauf von einer Verschlechterung der Sensorik und Motorik aufgrund altersbedingter Abbauprozesse auszugehen. Demnach würde sich die autonome Substitution von Sondennahrung und Flüssigkeit für Herr G. erschweren. Es könnten Fehler in der Handhabung mit der PEG-Anlage auftreten, wie die mangelnde hygienische Vorgehensweise bei der Substitution über die PEG-Anlage. Dadurch können verschiedene Krankheitserreger in die PEG-Anlage und somit in den Körper gelangen und Erkrankungen hervorrufen. Darüber hinaus könnte sich die Sensorik und Motorik des Herrn G. insofern verschlechtern, dass er die Substitution von Nahrung und Flüssigkeit über die PEG-Anlage nicht mehr autonom oder lediglich fehlerhaft durchführen kann. Dies würde zu einer unzureichenden Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr führen auftreten (vgl. Eberlein et al, 2007, S. 38-42; Riemann et al, 2015, S. 1075, 1076; Huhn, 2019, S. 160).

5.1.3 Beziehungen sichern und gestalten können

Die Sicherung und Gestaltung von Beziehungen ist für Herrn G. aufgrund der Corona-Pandemie erschwert. Mit vielen Familienmitgliedern und Freunden pflegt Herr G. deshalb nur telefonischen Kontakt, welcher aufgrund seiner eingeschränkten verbalen Kommunikation zusätzlich erschwert ist. Lediglich seine Kinder und seine älteste Enkelin besuchen ihn regelmäßig (vgl. Boss, 2020, o.S.). Durch den mangelnden Kontakt mit seiner Familie und seinen Freunden besteht die Gefahr, dass Herr G. sich sozial isolieren könnte und somit seine Krankheitsbewältigung vernachlässigt. Ein Aspekt der Vernachlässigung der Krankheitsbewältigung könnte die mangelnde Substitution von Flüssigkeit, Sondennahrung und seiner Medikamente über die PEG-Anlage sein. Dadurch würde sich zugleich sein

Ernährungs- und Gesundheitszustand verschlechtern. Außerdem könnte sich die Vernachlässigung der Krankheitsbewältigung durch eine fehlende Vorsicht gegenüber dem Umgang mit der PEG-Anlage zeigen. Er könnte den PEG-Verband lösen und zugleich bei der Substitution von Flüssigkeit, Sondennahrung und seinen Medikamenten an der PEG-Eintrittsstelle manipulieren, welches das Risiko für eine Infektion fördert. Diese Aspekte der mangelnden Krankheitsbewältigung könnten zu einer Krankenhausbehandlung oder einer langfristigen stationären Versorgung führen auftreten (vgl. Eberlein et al, 2007, S. 38-42; Riemann et al, 2015, S. 1075, 1076; Huhn, 2019, S. 160).

5.1.4 Sich pflegen und kleiden können

Auch die ABEDL's sich pflegen können und sich kleiden können werden aufgrund vieler Parallelen in den potenziellen Problemen gemeinsam analysiert. Herr G. führt die Teilkörper- und Ganzkörperpflege sowie die Hautpflege und das An- und Auskleiden selbstständig durch. Nach eigenen Angaben ist er in der Durchführung dieser Aktivitäten nicht eingeschränkt und benötigt daher keine Unterstützung (vgl. Boss, 2020, o.S.). Dies kann von den Pflegekräften des ambulanten Pflegedienstes jedoch nicht beurteilt werden, da diese bei den genannten Aktivitäten nicht vor Ort sind. Dementsprechend besteht die Möglichkeit, dass Herr G. Probleme bei der Durchführung der Körperpflege und bei dem An- und Auskleiden hat. Diese Probleme könnten aus der fehlenden Einhaltung der Reihenfolge der Körperpflege, der mangelnden Versorgung verschiedener Teilbereiche des Körpers und einem erhöhten Zeitaufwand sowie einer hohen körperlichen Belastung bestehen. Außerdem könnte Herr G. im Zuge der Körperpflege und dem An- und Auskleiden durch mangelndes Handling an der PEG-Anlage und am PEG-Verband manipulieren. Das Manipulieren konnte mit dem Lösen des PEG-Verbandes und einer Verschleppung von Keimen aus anderen Körperregionen einhergehen. Dadurch erhöht sich die Gefahr einer Infektion der PEG-Eintrittsstelle auftreten (vgl. Eberlein et al, 2007, S. 38-42; Riemann et al, 2015, S. 1075, 1076; Huhn, 2019, S. 160).

5.2 Analyse der Krankheitsarbeit nach dem Trajekt-Modell

Folgend wird lediglich die Arbeitslinie Krankheitsarbeit nach dem Trajekt-Modell von Corbin & Strauss auf potenzielle Einflussfaktoren auf die pflegerische Versorgung der PEG-Anlage analysiert. Die Analyse der Biographiearbeit und Alltagsarbeit wird aufgrund von fehlenden Einflussfaktoren auf die PEG-Anlage nicht beschrieben.

Die Arbeit an der Krankheit findet durch Herrn G. selbst, seinen Angehörigen und dem ambulanten Pflegedienst statt. Herr G. substituiert sich autonom über die PEG-Anlage Sondennahrung, Wasser und seine Medikamente. Dieser Aspekt wurde bereits zuvor analysiert. Der ambulante Pflegedienst führt hingegen den PEG-Verbandswechsel an jedem

Montag und Freitag anhand einer Desinfektion mit dem Desinfektionsmittel Octenisept und der Anlegung eines trockenen, unsterilen Verbandes durch. Außerdem wird die PEG-Anlage lediglich bei jedem Verbandwechsel mobilisiert, um ein Buried-Bumper-Syndrom vorzubeugen (vgl. Boss, 2020, o.S.). Dieses Vorgehen des ambulanten Pflegedienstes steht jedoch in Konkurrenz mit mehreren Leitlinien der künstlichen Ernährung und bestehender Literatur. Zum einen wird die Durchführung des PEG-Verbandwechsels im ambulanten Bereich bei einer abgeheilten Wunde zwei Mal in der Woche empfohlen, jedoch kann im Ermessen des Arztes auf einen Verband verzichtet werden (vgl. Arends et al, 2013, S.104). Zum anderen wird behauptet, dass ein PEG-Verband zwei bis vier Wochen nach Abheilung und Granulation des Stomakanals nicht mehr erforderlich ist. Darüber hinaus wird von einer zu intensiven Wundversorgung mit regelmäßiger Desinfektion abgeraten. Dies hat den Grund, dass durch die regelmäßige Desinfektion keine physiologische Keimflora entstehen kann und somit eine die Entstehung von Infektionen der PEG-Eintrittsstelle gefördert wird. Außerdem sollte die Desinfektion der PEG-Eintrittsstelle im Rahmen des Verbandwechsels mit einem alkoholischen Hautdesinfektionsmittel oder einem Schleimhautdesinfektionsmittel auf Polyhexanid-Basis, wie Lavasept oder Prontosan C durchgeführt werden. Dies hat den Grund, dass diese Desinfektionsmittel, im Gegensatz zu Octenisept, nicht materialschädigend sind. Eine stetige Desinfektion mit dem Desinfektionsmittel Octenisept kann somit zur Schädigung der PEG-Anlage und schließlich zu einem frühzeitigen Sondenwechsel führen (vgl. Eberlein et al, 2007, S.38-42; Riemann et al, 2015, S. 1075, 1076; Huhn, 2018, S. 160). Außerdem sollte ein regelmäßige Mobilisation der PEG-Anlage erfolgen, um ein Buried-Bumper-Syndrom zu vermeiden (vgl. Fischer & Richter-Schrag, 2015, S. 963-969). Bezüglich der Unterstützung der Krankheitsarbeit durch die Tochter und dem Sohn anhand der Organisation der benötigten Materialien für den PEG-Verbandwechsel und dem Wechseln der Trachealkanüle, der verordneten Medikamente sowie der Koordination und Begleitung zu Kontrollterminen ist zu sagen, dass diese Unterstützung von der Corona-Pandemie beeinträchtigt werden kann. Im Falle einer Infektion mit dem Corona-Virus oder einer Quarantäne der Tochter und des Sohnes könnte diese Unterstützung nicht mehr aufrechterhalten werden. Es würden Materialien für die Versorgung des Tracheostoma und der PEG-Anlage sowie verordnete Medikamente fehlen. Außerdem könnte Herr G. seine Kontrolltermine nicht wahrnehmen und muss diese verschieben. Daraus folgt eine mangelnde pflegerische Versorgung der PEG-Anlage, die mit Komplikationen, wie die Infektion der PEG-Eintrittsstelle, einhergeht. Außerdem würde sich der gesamte Gesundheitszustand aufgrund der mangelnden Versorgung des Tracheostoma und der fehlenden Einnahme von Medikamenten verschlechtern.

Die zuvor formulierten Pflegeprobleme konnten durch die Analyse der ABEDL's und der Krankheitsarbeit nach dem Trajekt-Modell bezüglich der pflegerischen Versorgung der PEG-Anlage anhand Literatur bestätigt werden. Demnach werden sie für die folgende Transferlösung herangezogen.

6. Transfer

In diesem Kapitel wird der Autor dieser Arbeit eine Möglichkeit der Falllösung anhand der Fragestellung „Wie kann durch pflegerische Organisationskonzepte in der ambulanten Pflege die Prävention von vermeidbaren Infektionen am Beispiel von Menschen mit einer PEG-Anlage erreicht werden?“ darlegen und erläutern. Der Autor dieser Arbeit bezieht sich dahingehend auf die Kernproblematiken, die in der Fallerhebung und in der Fallanalyse festgestellt wurden. Diese Kernproblematiken sind zum einen die Gefahr der Infektion der PEG-Eintrittsstelle aufgrund der regelmäßigen Durchführung eines PEG-Verbandwechsels mit integrierter Desinfektion der PEG-Eintrittsstelle und zum anderen die Gefahr von Komplikationen bezüglich der PEG-Anlage, wie das Buried-Bumper-Syndrom und die Materialschädigung der PEG-Anlage, die mit einem frühzeitigen Sondenwechsel einhergehen kann. Zudem fördern diese Komplikationen die Infektion der PEG-Eintrittsstelle. Für die Beantwortung der Fragestellung konnte der Autor dieser Arbeit zwischen verschiedenen pflegerischen Organisationskonzepten in der ambulanten Pflege, wie die Fallbesprechung, Case Management, Pflegevisite, Übergabe, Fehlermanagement, Entlassungsmanagement und anderen innovativen pflegerischen Organisationskonzepten wählen, die als Intervention fungieren, um die Prävention von vermeidbaren Infektionen bei Menschen mit einer PEG-Anlage zu erreichen. Nach ausführlicher Literaturrecherche, welche im Kapitel 3.2 bereits erläutert wurde, hat sich der Autor dieser Arbeit für die Pflegevisite als Intervention für die Prävention von vermeidbaren Infektionen bei Menschen mit einer PEG-Anlage in der ambulanten Pflege entschieden. Folgend wird die Pflegevisite anhand ihrer Definitionen, Formen und Anwendung in verschiedenen Settings der Gesundheitsversorgung beschrieben und anschließend die allgemeine Auswahl der Pflegevisite und die Auswahl der expliziten Form der Pflegevisite für die Falllösung begründet.

6.1 Beschreibung der Pflegevisite

Der Begriff der Pflegevisite entstand Ende der 1980er-Jahre als Versuch der Pflege, sich von der dominierenden Medizin teilweise abzukapseln. Seit den 1990er Jahren hat die Pflegevisite demnach mehrere Definitionen und daraus resultierende verschiedene Zielsetzungen erhalten (vgl. Heering, 2012, S. 307). Im Allgemeinen wird die Pflegevisite als „einen regelmäßigen

Besuch bei und ein Gespräch mit der/dem Klient*in über ihren/seinen Pflegeprozess“ verstanden (Heering & Heering, 1994, S.376). Die Pflegevisite umfasst die Kennzeichnung von Pflegediagnosen und Ressourcen, die Vereinbarung von Pflegezielen und Pflegeintervention und vor allem die Überprüfung der pflegerischen Versorgung (vgl. Heering & Heering, 1994, S.376). Heering (2012) unterscheidet zwischen der Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument, Führungsinstrument, Dienstübergabe mit dem Patienten und Instrument zum Miteinbezug der Patienten (vgl. Heering, 2012, S. 45-58). Die Pflegevisite als Dienstübergabe mit dem Patienten beinhaltet die Adaption der traditionellen Dienstübergabe vom Stationszimmer in das Patientenzimmer (vgl. Hoch, 1992, S.420, zitiert nach Heering, 2012, S. 47). Entgegen dieser Darstellung legt der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) jedoch die Ansicht nahe, dass die Pflegevisite nicht als Übergabe am Patientenbett verstanden werden darf, da dies eine Form der Dienstübergabe sei, die eine andere Zielsetzung als die Pflegevisite verfolge. Dies ist ein Beispiel dafür, dass bislang noch kein wissenschaftlicher Konsens im Bereich der Pflegevisite festgestellt werden konnte (vgl. DBfK, 2004 zitiert nach Kußmaul, 2018, S. 27). Die Form der Pflegevisite als Führungsinstrument weist als größtes Merkmal die Durchführung der Pflegevisite unter Beteiligung oder Leitung von leitenden Pflegekräften, wie Stations-, Bereichs- oder Pflegedienstleitungen auf (vgl. Heering, 2012, S.50). Die Pflegevisite als Instrument zum Miteinbezug der Patienten basiert auf dem übergeordneten Ziel der Patientenpartizipation. Demnach wird die/der Patient*in in jedem Schritt der Pflegevisite aktiv miteingebunden (vgl. Heering & Heering, 1994, S.376). Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung setzt den Fokus auf die Ergebnisqualität der Pflege. Das zentrale Interesse liegt dabei auf die Überprüfung der durchgeführten Pflegemaßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses bezüglich der Fachlichkeit und Wirksamkeit. Kußmaul (2018) definierte die Pflegevisite im Rahmen des Qualitätsmanagements als ein Instrument zur internen und externen Qualitätssicherung, welches die Ergebnisqualität des Pflegeprozesses beurteilt und Maßnahmen im kontinuierlichen Verbesserungsprozess festlegt (vgl. Kußmaul, 2018, 28). Nach Heering (2012) können die zuvor erwähnten Formen der Pflegevisite allesamt für die Qualitätssicherung- und Entwicklung eingesetzt werden (vgl. Heering, 2012, S.52). Die Pflegevisite wird grundlegend in die Formen Mikro- und Makrovisite unterteilt. Die Mikrovisite wird als Gespräch definiert, an dem nur die Patienten beziehungsweise die Bewohner und die zuständige Pflegekraft teilnehmen. Sie umfasst die Überprüfung der Pflegedokumentation. Die Makrovisite beinhaltet im Gegensatz zu der Mikrovisite das gesamte interdisziplinäre Team, welches aus den behandelnden Pflegekräften und der Ärzteschaft, Angehörigen, Stationsleitung, Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen, Ergotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Psychotherapeut*innen besteht. In der Makrovisite wird zudem der Pflegezustand und die Versorgung des Patienten oder Bewohners, der Pflegeprozess, die

Beurteilung der Pflegekraft, die Umgebung sowie die Befragung des Patienten oder Bewohners erfasst und evaluiert (vgl. Barth, 1999, zitiert nach Hellmann & Röslein, 2012, S.10). Auf Basis dieser grundlegenden Formen der Pflegevisite wurden im Verlauf spezielle Formen oder Konzepte der Pflegevisite für verschiedene Settings der Gesundheitsversorgung entwickelt. Spezielle Formen der Pflegevisite stellen die Mybes Wohnbereichs- und Pflegedokumentationsvisite und die interne Pflegevisite dar. Sie definieren sich als Instrumente der Qualitätssicherung der Pflege, welche in der stationären Altenpflege Anwendung finden. Dort stehen die Analyse von einzelnen Themenbereichen, wie zum Beispiel Körperpflege und Mobilität sowie die Festlegung von Interventionen und Zielterminen im Vordergrund (vgl. Kußmaul, 2007 zitiert nach Kußmaul, 2018, S. 30-33; Kußmaul, 2007 zitiert nach Kußmaul, 2018, S. 34-38). Die Pflegevisite wird zudem in anderen Settings, wie zum Beispiel in der Onkologie (vgl. Kelber, 2018, S.15-17), auf Intensivstationen (Oestreicher, 2005, S.42-45), in der Psychiatrie (vgl. Leipold, 2010, S. 975-977) und in der Anästhesiepflege (vgl. Kaider, 2021, S. 69-76) mit Erfolg durchgeführt. In einem Artikel bezüglich der Anästhesiepflege wurden präoperative Pflegevisiten durchgeführt. Durch die Durchführung von sogenannten präoperativen Anästhesiepflegevisiten konnte die Reduktion der präoperativen Angst und somit die Prävention von einem postoperativen Delirium erreicht werden (vgl. Kaider, 2021, S. 69-76). Für die erleichterte Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse einer Pflegevisite wird darüber hinaus die Durchführung einer Pflegevisite in digitaler Form anhand einer Software oder eines Programms empfohlen (vgl. Meißner, 2017, S. 43). Im Jahre 2011 hat Kußmaul die modulare Pflegevisite als eine Form der Pflegevisite für die stationäre und ambulante Pflege entwickelt, welche auf die interne und externe Qualitätssicherung abzielt. Diese hat er im Jahre 2018 erweitert. Sie liegt in einer Datei vor und ist somit eine Form der digitalen Pflegevisite. Sie beginnt mit der Dokumentation der/des zu visitierenden Bewohner*in, der Einrichtung, der/des Visiteur*in und der Pflegebezugskraft. Darauf folgt eine Übersicht zu den Modulpaketen, welche aus insgesamt 24 einzelnen Modulen, wie zum Beispiel „Nationaler Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und „Assessment der Gefährdungspotenziale, Risikobereiche und Prophylaxen“ bestehen (vgl. Anhang 1). Anschließend werden die einzelnen Module mit ihren Fragestellungen abgebildet. Die Fragestellungen basieren auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen durch die nationalen Expertenstandards in der Pflege sowie den aktuellen prüfungsrelevanten Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Es erfolgt eine Gewichtung der Fragestellung von eins bis drei. Die/der Visiteur*in nimmt eine Bewertung der Fragestellung von null bis 100 Prozent vor. Daraus resultiert gegebenenfalls ein kritischer Befund. Schließlich werden die gesamten erreichten Punkte automatisch errechnet. Die Auswahl der einzelnen Module und die Gewichtung der Fragestellungen kann durch die/dem Visiteur/in individuell anhand des Patienten angepasst

werden. Die modulare Pflegevisite ermöglicht somit einen individuellen, themengezielten und zudem wirtschaftlichen Einsatz einer Pflegevisite. Die Gewinnung von qualitätsrelevanten Informationen in den einzelnen Modulen wird durch die automatische statistische Auswertung gefördert. Darüber hinaus werden kritische Module adäquat benannt, entsprechende Interventionen festgelegt sowie auch Zieltermine und Verantwortlichkeiten der Pflegenden beschrieben (vgl. Kußmaul, 2018, S. 43, 44, 54). Die Durchführung einer Pflegevisite besteht in jeglicher Form aus einer ausführlichen Vorbereitung mit der Festlegung von Rahmenbedingungen, einem individuell geplanten Patientenbesuch sowie einer ausführlichen Nachbereitung und Dokumentation der Pflegevisite durch die Verantwortlichen. Im Jahre 2007 haben Biedermann & Habermann im Rahmen des Projektes „Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege“ Empfehlungen für die Einführung, Vorbereitung, dem Patientenbesuch, Nachbereitung und Dokumentation der Pflegevisite in der ambulanten Pflege anhand eines Pflegevisitenmodells veröffentlicht (vgl. Biedermann & Habermann, 2007, S. 135-262). Dies erfolgte ebenfalls von Hellmann & Röslein im Jahre 2012. Sie beziehen sich vor allem auf die Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien im Rahmen der Qualitätssicherung (vgl. Hellmann & Röslein, 2012, S. 76-87). Die ausführliche Durchführung der Pflegevisite wird anhand der Falllösung dargestellt.

6.2 Begründung für die Auswahl der Pflegevisite

Der Autor dieser Arbeit hat sich für die Pflegevisite mit der primären Zielsetzung der Qualitätssicherung entschieden. Dies hat den Grund, dass Qualitätssicherungskonzepte, wie die Pflegevisite, einen Beitrag zu der Prävention und auch Gesundheitsförderung von pflegebedürftigen Menschen in jeglichen Settings der Gesundheitsversorgung leisten können, da sie die Umsetzung des Pflegeprozesses überprüfen und somit Pflegeinterventionen evidenzbasiert in interdisziplinärer Zusammenarbeit und gemeinsam mit den Patienten anpassen, dokumentieren und evaluieren (vgl. Ehrenreich et al, 2019, S.104-110). Für die genaue Umsetzung der Pflegevisite in der Falllösung hat sich der Autor dieser Arbeit für die Kombination von verschiedenen Formen und Empfehlungen zur Umsetzung der Pflegevisite entschieden. Dieses Vorgehen begründet sich auf der Tatsache, dass die Durchführung einer Pflegevisite in der ambulanten Pflege nicht fest vorgeschrieben sein sollte, sondern die individuelle Situation der Patienten einer Berücksichtigung bedarf und somit die Durchführung der Pflegevisite an den Bedarfen und Problemen der Patienten orientiert sein sollte. Die Grundlage der Umsetzung der Pflegevisite in der Falllösung bildet die modulare Pflegevisite, da sie aufgrund ihres modularen Aufbaus die Auswahl einzelner Module für die individuelle Pflegevisite ermöglicht (vgl. Kußmaul, 2018, S. 49-118). Außerdem werden Aspekte der Pflegevisite als Führungsinstrument und Instrument zum Miteinbezug der Patienten

herangezogen (vgl. Heering & Heering, 1994, S.376; Heering, 2012, S.50). Darüber hinaus wird sich auf Merkmale der Empfehlungen zur Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung und Dokumentation einer Pflegevisite im ambulanten Bereich von Biedermann & Habermann und Hellmann & Röslein bezogen (vgl. Biedermann & Habermann, 2007, S. 135-262; Hellmann & Röslein, 76-87).

6.3 Falllösung

Im Rahmen der Falllösung folgt eine ausführliche hypothetische Planung, Durchführung, und Nachbereitung der Pflegevisite am Beispiel des Herrn G. Der Transfer wird mit der Beantwortung der Fragestellung abgeschlossen.

6.3.1 Vorbereitung der Pflegevisite

Für eine professionelle und bedarfsgerechte Durchführung einer Pflegevisite bedarf es eine ausführliche Vorbereitung, welche aus der inhaltlichen Vorbereitung anhand von Dokumenten und Gesprächen, der Festlegung von teilnehmenden Personen und der Schaffung von adäquaten Rahmenbedingungen besteht (vgl. Biedermann & Habermann, 2007, S.135-262; Hellmann & Röslein, 2012, S.76-87).

An der Pflegevisite des Herrn G. sollte zum einen die zuständige Bezugspflegekraft (der Autor dieser Arbeit) teilnehmen. Dies hat den Grund, dass die Bezugspflegekraft in erster Linie für die Durchführung des PEG-Verbandwechsels anhand neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Dokumentation zuständig ist. Im Sinne der internen Evidenz sollte außerdem eine weitere Pflegekraft des ambulanten Pflegedienstes an der Pflegevisite teilnehmen, um eine weitere Sichtweise und Expertise darzulegen, welche auf Augenhöhe zu der Bezugspflegekraft steht. Zum anderen ist die Teilnahme der Pflegedienstleitung notwendig, da sie/er für die Qualitätssicherung- und Entwicklung im ambulanten Pflegedienst verantwortlich ist. Außerdem fungiert sie/er aufgrund ihrem/seinem Berufsabschluss und Weiterbildung als Pflegeexpert*in sowie organisatorische Leitung und fördert somit auch die interne Evidenz (vgl. Heering, 2012, S.50,51). Um die interne Evidenz in Bezug auf die Problemstellungen zusätzlich zu fördern ist die Miteinbeziehung einer/eines Wundmanager*in sinnvoll. Darüber hinaus sollte nach Möglichkeit auch der Hausarzt des Herrn G. für die Pflegevisite konsultiert werden. Dies lässt sich mit der Tatsache begründen, dass der Hausarzt die Durchführung des PEG-Verbandwechsels jeden Montag und Freitag verordnet, ohne genaue Empfehlungen für ein evidenzbasiertes Handeln zu geben. Zusätzlich würde der Hausarzt seine medizinische Expertise in die Pflegevisite miteinbringen, um die Gefahr der Infektion der PEG-Einstichstelle sowie weiterer Komplikationen zu erkennen und Maßnahmen für die Prävention einzuleiten. Außerdem ist die Teilnahme einer/eines Mitarbeiter*in des

zuständigen Sanitätshauses, welche die Materialien für die PEG-Versorgung, wie das Desinfektionsmittel, für Herr G. bereitstellt, sinnvoll. Dadurch könnte fachliche Expertise in Bezug auf Alternativen für Desinfektionsmittel erlangt werden und der Miteinbezug der Kontextbedingungen von Evidence-based Nursing wäre gewährleistet. An der Pflegevisite sollte außerdem die Tochter oder der Sohn des Herrn G. teilnehmen, da sie die wichtigsten Bezugspersonen für ihn darstellen und somit an der weiteren Versorgung interessiert sind. Nicht zu vergessen sollte Herr G. an der individuellen Pflegevisite teilnehmen. Dadurch wird die Sichtweise des Betroffenen im Sinne des Evidence-based Nursing berücksichtigt. Der Einbezug des Patienten sowie der Angehörigen in die Pflegevisite führt außerdem zu einer besseren Erfassung von Ressourcen und Problemen, die Feststellung des Pflegebedarfs sowie der Begutachtung des Umfeldes. Zudem erhöht sich die Zufriedenheit des Herrn G. und seiner Angehörigen (vgl. Biedermann & Habermann, 2007, S. 185; Heering & Heering, 1994, S.376).

Die Terminabsprache erfolgt zwischen den Teilnehmern der individuellen Pflegevisite. Herr G. und seine Angehörigen sollten mindestens zwei Tage im Vorfeld von der individuellen Pflegevisite informiert werden (vgl. Biedermann & Habermann, 2007, S. 185). Die Absprache des Termins sollte durch die Bezugspflegekraft geschehen, um Vertrauen gegenüber der Pflegevisite aufzubauen. Die Terminabsprache mit den restlichen Teilnehmern der Pflegevisite sollte die Pflegedienstleitung übernehmen. Für die Durchführung der Pflegevisite bedarf es eine Einverständniserklärung des Herrn G. Außerdem sollte die Pflegevisite im häuslichen Umfeld des Herrn G. stattfinden, optimalerweise in einem großen Raum, wie das Wohnzimmer. Es wäre angebracht, dass die Teilnehmer auf gleicher Höhe sitzen und Interesse signalisieren, um eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen (vgl. Hellmann & Röslein, 2012, S. 82, 83). Aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie bedarf es das Tragen eines Mund- und Nasenschutzes sowie der Einhaltung der Kontaktbeschränkungen durch die Teilnehmer. Die inhaltliche Vorbereitung im Vorfeld der individuellen Pflegevisite besteht aus der Sichtung der Dokumentation der PEG-Versorgung sowie der Pflegeplanung. Dadurch muss dieser Aspekt nicht während der Pflegevisite durchgeführt werden und gewährt somit mehr Zeit in dem Gespräch mit Herr G. und seinen Angehörigen. Außerdem können Fragestellungen bezüglich der Dokumentation der PEG-Versorgung gezielt vor der Pflegevisite behandelt werden (vgl. Biedermann & Habermann, 2007, S. 184).

6.3.2 Patientenbesuch im Rahmen der Pflegevisite

In der Darlegung des hypothetischen Patientenbesuches im Rahmen der Pflegevisite des Herrn G. wird die grundlegende Form sowie die ausgewählten inhaltlichen Bestandteile der Pflegevisite beschrieben. Außerdem werden Dauer und Leitung der Pflegevisite festgelegt und

der Ablauf des Patientenbesuches dargestellt. Das Ergebnis des Patientenbesuches stellen Handlungsaufträge aus Sicht der Bezugspflegekraft dar, die das Ziel haben die Prävention der Kernproblematiken des Herrn G. zu erreichen.

Die grundlegende Form für die Pflegevisite bei Herrn G. bildet wie bereits erwähnt die modulare Pflegevisite. Im Zuge der Fragestellung wird lediglich Bezug auf die Kernproblematiken des Falles, wie die Gefahr der Infektion der PEG-Eintrittsstelle und der Gefahr von weiteren Komplikationen, wie das Buried-Bumper-Syndrom und die Materialschädigung, die ebenfalls die Infektion der PEG-Eintrittsstelle als Folgeerscheinung nach sich ziehen können, genommen. Demnach werden in der Pflegevisite des Herrn G. die Module „Assessment der Gefährdungspotenziale, Risikobereiche und Prophylaxen“ und „Pflegeplanung“ inhaltlich herangezogen (vgl. Kußmaul, 2018, S. 66-73, 100-102). Die weiteren 22 Module werden nicht überprüft. Den Inhalt der Module stellen unterschiedliche Fragestellungen dar. In dieser Pflegevisite werden lediglich Fragestellungen selektiert, welche für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind. Die modulare Pflegevisite liegt in einer Datei vor, die mit den Tablets des ambulanten Pflegedienstes geöffnet und bearbeitet werden kann. Für die Durchführung der Pflegevisite ist demnach ein Tablet des ambulanten Pflegedienstes notwendig (vgl. Kußmaul, 2018, S. 43).

Für die Pflegevisite sollte eine Dauer von 45-60 Minuten eingeplant werden. Dies hat den Grund, dass Herr G. aufgrund seines Tracheostoma stark in der verbalen Kommunikation eingeschränkt ist, welche er jedoch mit seiner Sprechkanüle gut kompensieren kann. Dennoch ist die verbale Kommunikation eingeschränkt. Die Leitung der Pflegevisite sollte grundlegend die Bezugspflegekraft übernehmen, da sie/er für die Versorgung des Herrn G. hauptverantwortlich ist und das meiste Vertrauen des Herrn G. von den Teilnehmer*innen des ambulanten Pflegedienstes besitzt (vgl. Hellmann & Röslein, 2012, S. 84, 85).

Der Patientenbesuch beginnt mit der Begrüßung aller Beteiligten, vor allem dem Herrn G. und seiner Angehörigen. Darauf folgt die Information der Teilnehmer*innen über den Ablauf und Inhalt der geplanten Pflegevisite durch die Leitung der Pflegevisite, der Bezugspflegekraft (vgl. Hellmann & Röslein, 2012, S.77). Anschließend wird durch die Bezugspflegekraft mit dem Herrn G. und seinen Angehörigen ein Gespräch aufgebaut und nach dem aktuellen Wohlbefinden gefragt. Nachdem eine angenehme Gesprächsatmosphäre aufgebaut wurde, beginnt die modulare Pflegevisite. Zunächst wird das Modul „Assessment der Gefährdungspotenziale, Risikofaktoren und Prophylaxen“ überprüft. Dieses Modul besteht aus 42 Fragestellungen. Im Zuge der Fragestellung dieser Arbeit und der zuvor analysierten Kernproblematiken wird lediglich die Fragestellung 42 „Wurden sonstige individuelle Gefährdungspotenziale und Risikobereiche erfasst?“ (Kußmaul. 2018, S. 74) selektiert. Die restlichen Fragestellungen wurden im Vorfeld als irrelevant für die Situation des Herrn G.

empfundene. Das Messkriterium beziehungsweise das Ziel dieser Fragestellung besteht darin, dass sonstige individuelle Gefährdungspotenziale und Risikobereiche erfasst sind (vgl. Kußmaul, 2018, S. 74). Die Bezugspflegekraft geht auf diese Fragestellung ein, indem sie die erfassten Gefährdungspotenziale und Risikobereiche darlegt. Diese sind zum einen die Gefahr einer Infektion der PEG-Eintrittsstelle durch die regelmäßige Versorgung mit dem Desinfektionsmittel Octenisept und die Abdeckung der PEG-Eintrittsstelle mit einer unsterilen Kompresse. Dadurch wird die Entstehung einer physiologischen Keimflora entgegengewirkt und eine Infektion der PEG-Eintrittsstelle wird gefördert. Außerdem wirkt die Desinfektion der PEG-Eintrittsstelle mit Octenisept materialschädigend und kann einen frühzeitigen Sondenwechsel sowie Hautirritationen zur Folge haben. Darüber hinaus besteht die Gefahr eines Buried-Bumper-Syndroms, das Einwachsen der inneren Halteplatte der PEG-Anlage, durch fehlende Mobilisation der PEG-Anlage. Dies kann eine Infektion der PEG-Eintrittsstelle ebenfalls zur Folge haben (vgl. Eberlein et al, 2007, S. 38-42; Edmundowicz & Shapiro, 1996, S. 409-422; Riemann et al, 2015, S. 1075). Aus diesem Anlass wird die Pflegevisite durchgeführt. Es folgt eine Diskussion über weitere Gefährdungspotenziale und Risikobereiche des Herrn G. durch die weiteren Teilnehmer der Pflegevisite. Aus der Sicht der Bezugspflegekraft wurden sämtliche Gefährdungspotenziale und Risikobereiche erfasst. Demnach wird die Fragestellung 42 des Moduls als 100 Prozent erfüllt beantwortet (vgl. Abbildung 2).

Nr.	Assessment der Gefährdungspotenziale, Risikobereiche und Prophylaxen	Gewichtung	Erfüllung	Erreichte Punktzahl	Maximale Punktzahl	Kritischer Befund	Handlungsauftrag	Verantwortlich	Zieldatum	Erfolgskontrolle
4.40	Wird das individuelle Aspirationsrisiko erfasst, fachlich bewertet und regelmäßig neu evaluiert?	1	-	0	0					<input type="checkbox"/>
4.41	Werden die erforderlichen Aspirationsprophylaxen nachweislich durchgeführt?	1	-	0	0					<input type="checkbox"/>
4.42	Wurden sonstige individuelle Gefährdungspotenziale und Risikobereiche erfasst?	1	100%	1	1					<input checked="" type="checkbox"/>

Abbildung 2: Modul 4: Assessment der gefährdungspotenziale, Risikofaktoren und Prophylaxen
(eigene Darstellung nach Kußmaul, 2018, S. 43, 44, 54, 74)

Nach der Darlegung der Gefährdungspotenziale durch die Bezugspflegekraft anhand ihrer/seiner Expertise (interne Evidenz) und bestehender Literatur (externe Evidenz) sowie der Diskussion mit den Teilnehmern der Pflegevisite folgt die Überprüfung des Moduls „Pflegeplanung“. Dort wird die erste Fragestellung „Werden alle relevanten Gefährdungspotenziale und Risikobereiche in der Pflegeplanung erfasst?“ (Kußmaul, 2018, S.

76) selektiert. Das Messkriterium beziehungsweise das Ziel dieser Fragestellung ist die Erfassung aller relevanten Gefährdungspotenziale und Risikobereiche in der Pflegeplanung. Die Pflegeeinrichtung ist für die eigenständige Festlegung der Bearbeitung von Gefährdungspotenzialen und Risikofaktoren in der Pflegeplanung verantwortlich (vgl. Kußmaul, 2018, S. 76). Die inhaltliche Vorbereitung auf die Pflegevisite schließt die Sichtung der Pflegeplanung mit ein. Teilnehmer, die die Pflegeplanung noch nicht gesichtet haben, vollziehen dies in diesem Schritt. Die Überprüfung der Pflegeplanung hat ergeben, dass die zuvor genannten Gefährdungspotenziale und Risikobereiche bislang nicht in der Pflegeplanung erfasst und bearbeitet wurden. Die Bezugspflegekraft bewertet die Fragestellung eins des Moduls demnach mit dem Erfüllungsgrad von 20 Prozent. Dies stellt einen kritischen Befund dar (vgl. Abbildung 3). Die Feststellung eines kritischen Befundes bedarf der Formulierung von Handlungsaufträgen zur Behebung dieser kritischen Befunde (vgl. Kußmaul, 2018, S. 112). Im Zuge dessen werden die weiteren Teilnehmer*innen der Pflegevisite für eine evidenzbasierte pflegerische Entscheidungsfindung miteinbezogen. Es folgt ein Gespräch über die Gefährdungspotenziale und ihren durchführbaren präventiven Maßnahmen. Im Rahmen der internen Evidenz bringen die zusätzliche Pflegekraft und die Pflegedienstleitung deren Meinung aus deren langjährigen Erfahrung mit ein. Die/Der Wundmanager*in dient als Expert*in der Wundversorgung und fördert somit die interne Evidenz. Der Hausarzt des Herrn G. fungiert als Verantwortlicher für die Verordnung des PEG-Verbandwechsel und stellt seine medizinische Expertise zur Verfügung. Die/Der Sanitätshaus-Mitarbeiter*in bringt wiederum ihre/seine Kenntnisse bezüglich der zur Verfügung stehenden Desinfektionsmittel mit ein. Außerdem werden die Angehörigen des Herrn G. in die Formulierung von Handlungsaufträgen miteinbezogen. Sie stellen ihre Sichtweise dar. Die Hauptbedeutung der Entscheidungsfindung liegt bei Herr G. selbst. Er äußert seine Sichtweise und legt seine Ziele der Versorgung fest. Jegliche Handlungsaufträge werden mit dem Herrn G. und seinen Angehörigen besprochen. Damit Beteiligte einen Ansprechpartner bezüglich der Handlungsaufträge haben ist es sinnvoll Verantwortlichkeiten der einzelnen Handlungsaufträge zu erteilen. Außerdem sollten entsprechende Zieltermine zur bedarfsgerechten Umsetzung festgelegt werden (vgl. Kußmaul, 2018, S. 112). Die anschließende Durchführung der Handlungsaufträge benötigt die Einverständniserklärung des Herrn G.

Bezüglich der Problematik der Gefahr einer Infektion der PEG-Eintrittsstelle aufgrund regelmäßiger Desinfektion im Rahmen des Verbandwechsels und der Abdeckung der Wunde mit einer unsterilen Kompresse benötigt die Bezugspflegekraft vor allem die Interaktion mit der/dem Wundmanager*in und dem Hausarzt. In dieser Interaktion geht es um die evidenzbasierte Versorgung einer PEG-Eintrittsstelle bei reizlosen Wundverhältnissen.

Die/Der Wundmanager*in und der Hausarzt beziehen bezüglich diesem Thema Stellung und erarbeiten gemeinsam mit den Teilnehmer*innen der Pflegevisite Handlungsaufträge, welche Herr G. akzeptieren oder ablehnen kann. Aus der Sicht der Bezugspflegekraft sollte auf einen PEG-Verband und einer regelmäßigen Desinfektion nach Ermessen des Hausarztes verzichtet werden, damit die Instandhaltung einer physiologischen Keimflora gefördert wird. Dies reduziert die Gefahr einer Infektion der PEG-Eintrittsstelle (vgl. Arends, 2013, S. 104; Huhn, 2018, 160). Bei der Feststellung einer kritischen Keimlast sollte die Keimreduzierung durch die Desinfektion der PEG-Eintrittsstelle im Rahmen eines Verbandwechsels täglich erfolgen und die PEG-Eintrittsstelle mit einem nicht feuchten, nicht okklusiven, sterilen und einem sekretaufnehmenden Verband versorgt werden (vgl. Eberlein et al, 2007, 38-42). Für die Umsetzung dieses Handlungsauftrages ist die Bezugspflegekraft zuständig und sollte bereits bei der nächsten Versorgung des Herrn G. praktiziert werden (vgl. Abbildung 3). Durch die Implementierung dieses Handlungsauftrages könnte demnach eine Infektion der PEG-Eintrittsstelle aufgrund mangelnder evidenzbasierter Wundversorgung präventiv entgegengewirkt werden.

Um eine Lösung für die Gefahr eines Buried-Bumper-Syndroms und der damit einhergehenden Förderung einer Infektion der PEG-Eintrittsstelle zu finden bedarf die Bezugspflegekraft vor allem die Interaktion mit dem Hausarzt, der zusätzlichen Pflegekraft und der Pflegedienstleitung. Es wird die Häufigkeit der notwendigen Mobilisation der PEG-Anlage besprochen, um ein Buried-Bumper-Syndrom zu vermeiden. Sie beziehen sich in dieser Interaktion vor allem auf ihre/seine pflegerische und medizinische Erfahrung und Expertise und erarbeiten einen gemeinsamen Handlungsauftrag, welcher mit den Teilnehmer*innen besprochen wird. Bisher wird die Mobilisation der PEG-Anlage lediglich zwei Mal in der Woche im Rahmen des PEG-Verbandwechsel durchgeführt. Die Bezugspflegekraft sieht es für sinnvoll an, dass die Mobilisation der PEG-Anlage täglich durchgeführt wird. Dieses Vorgehen könnte durch den Verzicht eines PEG-Verbandes von Herrn G. selbstständig im Rahmen der Substitution von Sondennahrung, Wasser und seinen Medikamenten durchgeführt werden. Damit Herr G. die Mobilisation der PEG-Anlage selbstständig durchführen kann bedarf es eine Mikroschulung durch den ambulanten Pflegedienst über die Mobilisation der PEG-Anlage (vgl. Abt-Zegelin, 2012, S. 185). Die Verantwortlichkeit der Umsetzung dieses Handlungsauftrages würde ebenfalls bei der Bezugspflegekraft liegen und sollte innerhalb einer Woche erfolgen (vgl. Abbildung 3). Anhand dieses Vorgehens ist es möglich einem Buried-Bumper-Syndrom und der damit einhergehenden Förderung einer Infektion der PEG-Eintrittsstelle in der Entstehung zu hindern (vgl. Fischer & Richter-Schrag, 2015, S. 963-969).

Die Lösung der Problematik der Materialschädigung der PEG-Anlage durch das Desinfektionsmittel Octenisept bedarf besonders die Interaktion mit der/dem Sanitätshaus-

Mitarbeiter*in. Thema der Interaktion ist die Kompatibilität von verschiedenen Desinfektionsmitteln mit dem Material der PEG-Anlage. Die weiteren Teilnehmer*innen werden in der Formulierung des Handlungsauftrages miteinbezogen. Aus Sicht der Bezugspflegekraft ist für die Desinfektion der PEG-Anlage im Rahmen eines Verbandwechsels das Desinfektionsmittel Prontosan C zu verwenden (vgl. Eberlein et al, 2007, S. 42). Für die Beschaffung des Desinfektionsmittels Prontosan C und der weiteren Verbandmaterialien benötigt es die Verständigung zwischen der/dem Sanitätshaus-Mitarbeiter*in und der Angehörigen des Herrn G., da die Angehörigen die Beschaffung der notwendigen Materialien durchführen. Die Gewährleistung dieser Interaktion und der daraus resultierenden Beschaffung liegt in der Verantwortung der Bezugspflegekraft und sollte ebenfalls innerhalb der nächsten Woche erfolgen (vgl. Abbildung 3). Dieses Vorgehen kann in einer Reduktion der Materialschädigung, die einen frühzeitigen Sondenwechsel und die Entstehung von Hautirritationen verhindert, resultieren.

Nr.	Pflegeplanung	Gewichtung	Erfüllung	Erreichte Punktzahl	Maximale Punktzahl	Kritischer Befund	Handlungsauftrag	Verantwortlich	Zieldatum	Erfolgskontrolle
6	Werden alle relevanten Gefährdungspotenziale und Risikobereiche in der Pflegeplanung erfasst?	2	20%	0,4	2	Fehlende Berücksichtigung: Gefahr der Infektion der PEG-Einstichstelle, Gefahr eines Buried-Bumper-Syndroms, Gefahr der Materialschädigung	Verzicht eines PEG-Verbandes, tägliche Versorgung bei kritischer Keimlast mit geeignetem Desinfektionsmittel und Verbandmaterial, Mikroschulung des Herrn G. bezüglich der adäquaten Mobilisation der PEG-Sonde, Beschaffung des Desinfektionsmittels Prontosan C und der weiteren Verbandsmaterialien durch die Angehörigen	Bezugspflegekraft	sofortige Umsetzung bzw. eine Woche	<input type="checkbox"/>
6.1	Wird die Pflegeplanung nach festgelegten Zeitabständen nachweislich evaluiert?	1	-	0	0					<input type="checkbox"/>
6.2	Wird die Pflegeplanung nach kritischen Ereignissen, z. B. Sturz, nachweislich evaluiert und ggf. angepasst?	3	-	0	0					<input type="checkbox"/>

Abbildung 3: Modul 6: Pflegeplanung
(eigene Darstellung nach Kußmaul, 2018, S. 43, 44, 54, 76)

6.3.3 Nachbereitung der Pflegevisite

Die Nachbereitung der Pflegevisite geschieht durch die Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse, einer Nachbesprechung und der Maßnahmenverfolgung.

Im nächsten Schritt der Pflegevisite ist es notwendig, dass die Bezugspflegekraft die zuvor erfassten Ergebnisse in der digitalen Datei der modularen Pflegevisite fehlerfrei dokumentiert (vgl. Kußmaul, 2018, S. 111, 112; Hellmann & Röslein, 2012, S. 86, 87). Die Ergebnisse der überprüften Module werden in den Abbildungen dargestellt (vgl. Abbildung 1; Abbildung 2).

Darauf folgt eine Nachbesprechung der Pflegevisite zwischen der Pflegedienstleitung und der Bezugspflegekraft. Dort wird die Bewertung des Ablaufs der Pflegevisite anhand einer Reflexion des Vorgangs und einer Rückmeldung bezüglich der Leistung der Bezugspflegekraft durch die Pflegedienstleitung vorgenommen (vgl. Hellmann & Röslein, 2012, S. 86, 87). Anschließend wird die Auswertung der Pflegevisite durchgeführt. Diese geschieht nach Dokumentation in der modularen Pflegevisite automatisch. Die Bewertung der einzelnen Module wird in Prozentangaben in einer Grafik innerhalb der Datei angezeigt. Dies bietet eine gute Möglichkeit zum Vergleich von Pflegevisiten. Jedoch können nur Pflegevisiten, welche die gleichen Module und Gewichtungen der Fragestellungen beinhalten, verglichen werden. Die Maßnahmenverfolgung der zuvor erfassten Handlungsaufträge wird durch die Pflegedienstleitung gewährleistet, da die Qualitätssicherung eine primäre Aufgabe ihrer Leitungsposition ist. Nach sieben bis zehn Tagen sollte die Pflegedienstleitung demnach die Überprüfung der Erfüllung der Handlungsaufträge durchführen. Nachdem die Pflegedienstleitung die Maßnahmenverfolgung durchgeführt hat und die Handlungsaufträge umgesetzt worden sind wird die Pflegevisite als abgeschlossen angesehen (vgl. Hellmann & Röslein, 2012, S.86, 87; Kußmaul, 2018, S.117). Anhand dieser aufgeführten hypothetischen und individuellen Darstellung einer Pflegevisite unter Berücksichtigung der evidenzbasierten Entscheidungsfindung bei Herrn G. kann die Prävention von vermeidbaren Infektionen bezüglich seiner PEG-Anlage erreicht werden.

7. Fazit

Die Bearbeitung dieser Bachelorarbeit anhand der Fragestellung „Wie kann durch pflegerische Organisationskonzepte in der ambulanten Pflege die Prävention von vermeidbaren Infektionen am Beispiel von Menschen mit einer PEG-Anlage erreicht werden?“ hat aufgezeigt, dass jedes Fallbeispiel aus der Pflege trotz einer nicht bestehenden, visuell erkennbaren Problematik seine eigene Komplexität besitzt und nicht als „leicht“ betitelt werden kann.

Durch die hermeneutische Fallanalyse wurden die Gefahr der Infektion der PEG-Eintrittsstelle und Komplikationen, wie das Buried Bumper-Syndrom und die Materialschädigung, welche die Infektion der PEG-Eintrittsstelle fördern, aufgrund mangelnder evidenzbasierter Versorgung der PEG-Anlage als Kernproblematiken des Herrn G. erfasst. Die pflegerische Nachversorgung von PEG-Anlagen wird in der Literatur durch Leitlinien der künstlichen Ernährung und bestehender Fachliteratur ausreichend beschrieben, wenngleich festgestellt wurde, dass die angegebenen Empfehlungen teilweise gegenseitig in Konkurrenz miteinander stehen. Demnach wird gemäß der Leitlinie „Künstliche Ernährung im ambulanten Bereich“ der DGEM ein Verbandswechsel bei aseptischen Wundverhältnissen zweimal in der Woche

empfohlen, jedoch kann auch im Ermessen des Arztes auf einen Verband verzichtet werden. Außerdem werden die regelmäßige Mobilisation der PEG-Anlage und die Auswahl des Desinfektionsmittels Prontosan C bei einem notwendigem Verbandwechsel empfohlen, um ein Buried-Bumper-Syndrom sowie eine Materialschädigung zu verhindern, die die Infektion der PEG-Eintrittsstelle zur Folge haben können. Das Erreichen der Prävention von vermeidbaren Infektionen in der ambulanten Pflege am Beispiel von Menschen mit einer PEG-Anlage durch die Implementierung der evidenzbasierten Erkenntnisse wurde in dieser Arbeit durch die hypothetische Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Pflegevisite an dem Fall des Herrn G. beschrieben. Diese Vorgehensweise zeigt die Möglichkeit auf, dass durch die individuelle Planung einer Pflegevisite in der ambulanten Pflege, welche die primäre Zielsetzung der Qualitätssicherung- und Entwicklung besitzt, dieses Ziel erreicht werden kann. Diese besteht zum einen aus der Auswahl einer grundlegenden Form der Pflegevisite, der Priorisierung der zu visitierenden Problembereiche und die situationsbedingte Einbeziehung von weiteren Teilnehmer*innen. Das Herzstück der Pflegevisite bildet der Austausch der Teilnehmer*innen mittels der evidenzbasierten pflegerischen Entscheidungsfindung, welche nach der Feststellung der Problembereiche, praktiziert wird, um Handlungsaufträge zur Prävention der vermeidbaren Infektionen festzulegen. In dieser Arbeit wurde jedoch lediglich die Sicht der Bezugspflegekraft beziehungsweise des Autors in die Handlungsaufträge miteinbezogen. Die Handlungsaufträge stellen die Produkte der Pflegevisite dar. Gemäß der Bezugspflegekraft sollte nach Ermessen des Arztes auf einen PEG-Verband und der regelmäßigen Desinfektion verzichtet werden, um eine Infektion der PEG-Eintrittsstelle zu vermeiden. Lediglich bei kritischer Keimlast sollte ein täglicher Verbandwechsel mittels Desinfektion der PEG-Eintrittsstelle und der Verwendung eines nicht feuchten, nicht okklusiven, sterilen und einem sekretaufnehmenden Verband durchgeführt werden. Außerdem wird die tägliche Mobilisation der PEG-Anlage, welche nach einer Mikroschulung durch Herrn G. selbst durchgeführt werden kann, empfohlen, um ein Buried-Bumper-Syndrom und der damit einhergehenden Förderung einer Infektion der PEG-Eintrittsstelle zu verhindern. Darüber hinaus bedarf die Prävention der Materialschädigung, welche Hautirritationen zur Folge haben kann, die Auswahl des Desinfektionsmittels Prontosan C. Durch die spätere Umsetzung und Überprüfung der aufgeführten Handlungsaufträge durch die Bezugspflegekraft und der Pflegedienstleitung, welche zuvor anhand der evidenzbasierten pflegerischen Entscheidungsfindung formuliert wurden, kann somit die Prävention von vermeidbaren Infektionen im Falle des Herrn G. erreicht werden. Der Autor dieser Arbeit hofft, dass er anhand dieser Arbeit die Leser*innen bezüglich der Förderung des Evidence-based Nursing durch die Pflegevisite sensibilisieren konnte.

8. Ausblick

Um die Fragestellung dieser Arbeit im Allgemeinen für das Setting der ambulanten Pflege und der Zielgruppe der chronisch erkrankten Menschen zu beantworten kann keine vollständige Übertragung der Erkenntnisse aus der Falllösung vorgenommen werden. Dies hat den Grund, dass die Pflegevisite stets einer individuellen und situationsbedingten Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung bedarf. Sie sollte nicht nach einem strikt vorgegebenen Plan durchgeführt werden. Es empfiehlt sich eine grundlegende Form der Pflegevisite, wie die modulare Pflegevisite, anhand einer ausführlichen Projektplanung im ambulanten Pflegedienst einzuführen. Diese kann beispielsweise aus Informations- und Schulungsprogrammen bezüglich der modularen Pflegevisite für die Pflegenden des ambulanten Pflegedienstes bestehen. Dies setzt die Festlegung einer Projektgruppe und Projektleitung voraus. Nach den Informations- und Schulungsprogrammen wird die inhaltliche Umsetzung schließlich durch die Projektgruppe bewertet. Die geplante Einführung sollte zudem die kontinuierliche Durchführung der Pflegevisite beinhalten. Dies sollte je nach Patient*in zwischen einer vierteljährlichen und halbjährlichen Durchführung variieren. Da die modulare Pflegevisite aus 24 einzelnen Modulen besteht und somit die gesamte Situation der Patienten überprüft werden kann, ist es durch die Einführung der modularen Pflegevisite nicht nur möglich die Prävention von vermeidbaren Infektionen bei Menschen mit einer PEG-Anlage zu erreichen, sondern auch die Prävention und Gesundheitsförderung bezüglich anderer Bereiche, wie Dekubitus- und Sturzprophylaxe. Der Autor dieser Arbeit möchte außerdem die Notwendigkeit von akademisierten Pflegefachkräften aufgreifen, da diese Arbeit gezeigt hat, dass Evidence-based Nursing in der Pflege unabdingbar ist aber bedauerlicherweise oft mangelhaft angewandt wird. Akademisierte Pflegefachkräfte besitzen die Grundkompetenz des Evidence-based Nursing. Durch eine nachhaltige Implementierung akademisierter Pflegefachkräfte in die Pflegepraxis kann die Steigerung der Pflegequalität und damit einhergehend die Prävention und Gesundheitsförderung der Patienten erreicht werden. Zudem wird die Profession Pflege in ihrem Dasein gefördert.

9. Kritische Reflexion

Die Bearbeitung und Erstellung der Bachelorarbeit hat dem Autor insgesamt viel Freude bereitet. Dies hat den Grund, dass er bereits vor dieser Arbeit die Notwendigkeit der Förderung von evidenzbasierter Pflege mit dem Ziel der Prävention von gesundheitlichen Folgen, vor allem in der ambulanten Pflege, für sehr relevant empfand. Diese Annahme wurde durch die Bearbeitung der Bachelorarbeit bestätigt und erhöhte zugleich die Sensibilität dieser Thematik.

Nach der Festlegung der Gliederung konnte der Autor die erfassten Inhalte des theoretischen Rahmens passend darlegen, wenngleich die Ausführungen ziemlich ausführlich sind und demnach kürzer gefasst sein könnten. Die Fallanalyse stellte sich im Rahmen der Bearbeitung für den Autor als schwierig dar, da das Fallbeispiel keine bestehende, visuell erkennbare Problematik, sondern potenzielle Problematiken aufgrund der PEG-Versorgung aufwies. Demnach wurde für die Analyse bestehende Literatur bezüglich der evidenzbasierten PEG-Versorgung und nicht wie bisher gewohnt Pflegemodelle oder Pflegekonzepte herangezogen. Darüber hinaus erschwerte die bestehende Corona-Pandemie und ihre Auswirkungen die Bearbeitung dieser Arbeit. Deshalb bestand lediglich ein beschränkter Zugang zur Bibliothek des Campus Lingen. Eine Handsuche in der Bibliothek war nicht möglich. Die Nutzung des VPN-Clients für die Literaturrecherche war demnach unabdingbar. Dennoch konnte nicht auf alle notwendigen Fachdatenbanken und Zeitschriftensätze zurückgegriffen werden. Aufgrund dieser Problematik wurden in dieser Arbeit Sekundärzitate verwendet. Durch einen uneingeschränkten Zugang zur Bibliothek und dem vollen Zugriff auf Fachdatenbanken und Zeitschriftensätze hätte diese Problematik umgangen werden können. Außerdem empfand der Autor der Arbeit es für schwierig sich zwischen den pflegerischen Organisationskonzepten für die Falllösung zu entscheiden. Er entschied sich lediglich für die Durchführung der Pflegevisite, welche auch durchaus durch ein weiteres pflegerisches Organisationskonzept als Folge der Pflegevisite hätte ergänzt werden können. An dieser Stelle möchte der Autor dieser Arbeit einen Dank an die betreuende Dozentin für die zahlreichen Beratungsgespräche und Hilfestellungen für den Bearbeitungsprozess aussprechen.

IV. Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, A (2012). *Informieren, Beraten und Schulen als Pflegeaufgabe.* In: M. Poser (Hrsg.). *Lehrbuch Stationsleitung – Pflegemanagement für die mittlere Führungsebene im Krankenhaus.* Bern: Hogrefe

Amrhein, P & Bley, C-H. (2015). *I care Pflege.* Unter Mitarbeit von Friederike Baumgärtel, Eva Eißing und Gabi Fleischmann. (2. korrigierter Nachdruck). Stuttgart: Georg Thieme (I care, Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre, Pflege; Band 3)

Arends, J.; Bischof, S.C.; Dörje, F.; Engeser, P.; Hanke, G.; Köchling, K.; Leischker, A.H.; Mühlebach, S.; Schneider, A.; Seipt, C.; Stanga, Z.; Zech, U (2013). *S3-Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES und der AKE – Künstliche Ernährung im ambulanten Bereich.* Zugriff am 10.04.2021. Verfügbar unter https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Leitlinien/S3-Leitlinien/073-021I_S3_K%C3%BCnstliche_Ern%C3%A4hrung_ambulant_2014-04.pdf

Bartholomeyczik, S., Dinand, C., Markgraf, R., Müller, J., Quasdorf, T., (2009). *Forschungsbericht im Auftrag des AOK-Bundesverbandes – Ablauf der Entscheidungsprozesse zur Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG).* Universität Witten/Herdecke: Mabuse. Zugriff am: 02.05.2021. Verfügbar unter https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/publikationen/gutachten/forschung_sbericht_peg.pdf

Bauer, J. M., Frühwald, T., Gehrke, I., Lechleitner, M., Lenzen-Großimlinghaus, R., Sieber C. et al. (2013). *Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG – Klinische Ernährung in der Geriatrie – Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung.* Zugriff am 01.05.2021. Verfügbar unter https://www.dgem.de/sites/default/files/PDFs/Leitlinien/S3-Leitlinien/073-019I_S3_Klinische_Ern%C3%A4hrung_Geriatrie_2015-12.pdf

Behrens, J., Langer, G. (2016). *Evidence based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“.* (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe

Biedermann, H. & Habermann, M. (2007). *Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege.* Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Blank, A. & Zittlau, N. (2017). *Dienstübergabe in der Pflege – Einführung und Umsetzung im Team.* Berlin: Springer

Boss, F. Student im Studiengang Pflege B.Sc. (dual) Hochschule Osnabrück, Campus Lingen (18.12.2020). Gespräch zur Fallerhebung des Patienten mit Herr G. und seiner Tochter (Gespräch)

Brockhaus (2019). *Qualität (Wirtschaft).* Zugriff am 02.05.2021. Verfügbar unter <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/qualit%C3%A4t-wirtschaft>

Corbin, J., Hildenbrand, B., Schaeffer, D. (2009). *Das Trajektkonzept.* In: D. Schaeffer (Hrsg.). *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf.* Bern: Hans Huber

Corbin, J. & Strauss, A. (2010). *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit.* (3., überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber

Curtin, M. & Lubkin, I.M. (2002). *Was versteht man unter Chronizität?* In I.M. Lubkin (Hrsg.). *Chronisch Kranksein: Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe* (S. 19-53). Bern: Hans Huber

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2012). *Was ist Case Management (CM)?*. Zugriff am 11.04.2021. Verfügbar unter <https://www.dgcc.de/case-management/>

Deutsches Netzwerk Primary Nursing (2008). *Merkmale von Primary Nursing – Eine Orientierung und Handlungshilfe zur Umsetzung der pflegerischen Organisationsform Primary Nursing.*

Doenges, M.; Moorhouse, M. & Murr, A. (2018). *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen.* (6., vollständig, überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe

Eberlein, T., Fendler, H., Rother, J., Andriessen A. (2007). Versorgung und Pflege der Eintrittsstellen von PEG/PEJ-Sonden. *Die Schwester/Der Pfleger* 46, 38-42. Zugriff am 02.05.2021. Verfügbar unter http://www.wundheilung.net/News/2007/Eberlein_PEG-Sonden.pdf

Edmundowicz, S. A. & Schapiro, G. D. (1996). Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastrointestinal endoscopy clinics of North America* 6.2, 409-422.

Ehrenreich, H., Hans, C., Kolpatzik, K., Ströing, M. & Tempelmann, A. (2019). *QualiPEP- Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege.* In: K. Jacobs et al (Hrsg.). *Pflege-Report 2019. Schwerpunkt: Mehr Personal in der Langzeitpflege - Aber woher?*. Heidelberg: Springer. Zugriff am 27.04.2021. Verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-58935-9_7.pdf

Fischer, A. & Richter-Schrag, H.J. (2015). Buried-bumper-Syndrom. *Chirurg* (86), 963–969. Zugriff am 07.05.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00104-014-2973-x>

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2021). *Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten betreute Pflegebedürftige (Anzahl und Dichte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Träger.* Zugriff am 20.04.2021. Verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gastd&p_aid=51901524&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=571&p_indsp=5089&p_ityp=H&p_fid=

Haubrock, M. (Hrsg.). (2018). *Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft* (6., vollständige überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe

Hauser, H., Höss, G., Kogler, R., Mischinger, H. J., Nistelberger, H. (2004). Schnellrepetitorium: Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG): Indikation – Technik – Komplikationen. *Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen* 2, 53-56. Zugriff am 18.04.2021. Verfügbar unter <https://www.kup.at/kup/pdf/4343.pdf>

Heering, C., Heering, K. (1994). Theorie und Praxis der Pflegevisite (1/8). 1: Pflegeverständnis. *Die Schwester/Der Pfleger* 33 (5), 376 Zugriff am 27.04.2021. Verfügbar unter www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=31958

Heering, C. (Hrsg.). (2012). *Das Pflegevisiten-Buch*. (3., ergänzte Auflage). Bern: Hans Huber

Hellmann, S. & Rößlein, R. (2012). *Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege: mit Transparenzkriterien, Risikobereichen und Checklisten*. (3., aktualisierte Auflage). Hannover: Brigitte Kunz

Huhn, S. (2019). *Perkutan-endoskopische Gastrostomie*. In: N. Menche (Hrsg.). *PflegeHeute* (S. 159-161). München: Elsevier GmbH

Kaider, M. (2021). Die präoperative Anästhesiepflegevisite. *Pflege Professionell – Das Fachmagazin* 39, 69-76. Zugriff am 27.04.2021. Verfügbar unter www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=219776

Kelber, S. (2018). Onkologische Pflegevisite regeln. *Heilberufe* 70, 15–17. Zugriff am 26.04.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00058-018-3794-y>

Klie, T. & Monzer, M., 2008: Case Management in der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42 (2), S. 92 – 105. Zugriff am 14.04.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-008-0534-y.pdf>

Kußmaul, J. (2018). *Die modulare Pflegevisite – Ein Instrument zur Qualitätssicherung von Pflege- und Betreuungsleistungen mit statistischer Auswertung für den Pflegeprozess*. (2., erweiterte und aktualisierte Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer

Leipold, K. (2010). Pflegevisite in der Psychiatrie. *Die Schwester/Der Pfleger* 49 (10), 975-977. Zugriff am 27.04.2021. Verfügbar unter www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=120275

Leppin, A. (2018). *Konzepte und Strategien der Prävention*. In: K. Hurrelmann, T. Klotz, M. Richter, S. Stock (Hrsg.). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung*. (5., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe. Zugriff am 21.04.2021. Verfügbar unter <https://elibrary.hogrefe.com/content/pdf/10.1024/85590-000.pdf>

Meißner, M. (2017). Pflegevisite digital. *Heilberufe* 69 (6), 43. Zugriff am 27.04.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00058-017-2843-2>

Oestreicher, M. (2005). Präoperative Pflegevisite auf Intensivstationen. *Die Schwester/Der Pfleger* 44 (1), 42-45. Zugriff am 27.04.2021. Verfügbar unter www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=74807

Offermanns, G. (2011). *Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem. Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung*. Heidelberg: Springer. Zugriff am 30.04.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-642-18432-1.pdf>

Peter, C. (2006). Die Methode des Fallverstehens als Grundlage für professionelles Handeln. *Pflege im Diskurs*, Gesprächsreihe I. Bielefeld

Riemann, J.F., Rosenbaum, A., Schilling, D. (2015). Die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG). *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 140, 1072-1076. Zugriff am 19.04.2021. Verfügbar unter <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0041-103316.pdf>

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2014). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012 (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)*. Zugriff am 02.05.2021. Verfügbar unter <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.html>

Schaeffer, D. (Hrsg.). (2009). *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Hans Huber

Schiemann, D. (1993). *Qualitätssicherung in der Krankenpflege*. In Bundesministerium für Gesundheit und Projektträger Forschung im Dienste der Gesundheit (Hrsg.). *Förderung der medizinischen Qualitätssicherung* (S. 25-34). Bonn: Eigenverlag

Schrems, B. (2019). *Fallarbeit in der Pflege - Grundlagen Formen und Anwendungsbereiche*. (3., überarbeitete und ergänzte Auflage). Wien: Facultas

Schwarzkopf, A. (2018). *Infektionsprävention und Krankenhaushygiene*. In: A. Lauber & P. Schmalstieg (Hrsg.). *Prävention und Rehabilitation*. (4., aktualisierte Auflage). Stuttgart: Georg Thieme

Simon, M. (2017). *Das Gesundheitssystem in Deutschland: eine Einführung in Struktur und Funktionsweise* (6. vollständige aktuelle und überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe. Zugriff am 01.04.2021. Verfügbar unter <https://elibrary.hogrefe.com/content/pdf/99.110005/9783456957432.pdf>

Statistisches Bundesamt (2020a). *Personal in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten*. Zugriff am 20.04.2021. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personal-pflegeeinrichtungen.html>

Statistisches Bundesamt (2020b). *Pflegeheime und ambulante Pflegedienste*. Zugriff am 20.04.2021. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html>

Statistisches Bundesamt (2021). *Pflegebedürftige nach Versorgungsart in 2019*. Zugriff am 20.04.2021. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html

White, N. & Lubkin, I.M. (2002). *Pflege- und Krankheitsverlaufskurve*. In I.M. Lubkin (Hrsg.). *Chronisch Kranksein: Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe*. Bern: Hans Huber

Wingenfeld, K. (2011). *Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus - Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen*. Stuttgart: W. Kohlhammer. Zugriff am 15.04.2021. Verfügbar unter https://content-select.com/media/moz_viewer/537c75ae-1d84-42f3-9a3e-24672efc1343/language:de#

Wirth, R. (2018). Die perkutane endoskopische Gastrostomie in der Altersmedizin – Indikationen, Technik und Komplikationen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2, 237-244. Zugriff am 20.04.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-017-1363-7.pdf>

V. Rechtsquellenverzeichnis

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 28. März 2021 (BGBl. I S. 591) geändert worden ist

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. April 2021 (BGBl. I S. 802) geändert worden ist

Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. April 2021 (BGBl. I S. 802) geändert worden ist

VI. Anhang

Anhang 1: Modulare Pflegevisite: Übersicht der Module	XV
---	----

Anhang 1: Modulare Pflegevisite: Übersicht der Module

<input type="checkbox"/>	01. Modul Direkte Pflege	▶	<input type="checkbox"/>	16. Modul Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege	▶
<input type="checkbox"/>	02. Modul Stammdaten	▶	<input type="checkbox"/>	17. Modul Nationaler Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege	▶
<input type="checkbox"/>	03. Modul Anamnestische Beschreibung	▶	<input type="checkbox"/>	18. Modul Nationaler Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	▶
<input checked="" type="checkbox"/>	04. Modul Assessment der Gefährdungspotenziale, Risikobereiche und Prophylaxen	▶	<input type="checkbox"/>	19. Modul Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen	▶
<input type="checkbox"/>	05. Modul Biografiearbeit	▶	<input type="checkbox"/>	20. Modul Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen	▶
<input type="checkbox"/>	06. Modul Pflegeplanung	▶	<input type="checkbox"/>	21. Modul Nationaler Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	▶
<input type="checkbox"/>	07. Modul Pflegebericht und Pflegedokumentation	▶	<input type="checkbox"/>	22. Modul Nationaler Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung	▶
<input type="checkbox"/>	08. Modul Ärztliche und therapeutische Verordnungen	▶	<input type="checkbox"/>	23. Modul Nationaler Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege	▶
<input type="checkbox"/>	09. Modul Vitalzeichen und Nachweisprotokolle	▶			
<input type="checkbox"/>	10. Modul Demenz	▶	<input type="checkbox"/>	24. Modul Strukturierte Informationssammlung (SIS)	▶
<input type="checkbox"/>	11. Modul Freiheitsentziehende Maßnahmen	▶			
<input type="checkbox"/>	12. Modul Kommunikation und Orientierung	▶			
<input type="checkbox"/>	13. Modul Aktivierung und Beschäftigung	▶			
<input type="checkbox"/>	14. Modul Sterbebegleitung und Seelsorge	▶			
<input type="checkbox"/>	15. Modul Aufnahme und Integration in die stationäre Pflegeeinrichtung	▶			

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Urheberrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine Arbeit zum Zwecke des Plagiatsschutzes bei der Firma PlagScan GmbH bis zu 5 Jahre in einer Datenbank für die Hochschule Osnabrück archiviert werden kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift